Nr. 41. 14. października 1923. Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. med. Bronisław SZERSZYŃSKI. Warszawa.

Wpływ operacji na układ sercowo-naczyniowy *).

Z I. Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyr. Prof. Dr. A. Leśniowski.

Mówiąc o wpływie operacji na serce i naczynia krwionośne, winniśmy odróżniać dwa czynniki: jeden — toksyczny, jako wynik działania środków usypiających, drugi — urazowy, powstający w polu operacyjnem skutkiem bodźców mechanicznych. Na pierwszy z nich zwrócono uwagę już dawno, bo w kilka zaledwie lat po zastosowaniu w chirurgji środków usypiających (badania Snow w 1852 r.). Późniejsze prace nad tym przedmiotem, w których bierze udział nietylko szereg oddzielnych badaczy, ale i całe zespoły lekarzy, jak dwie komisje w Hyderabad w latach 1888 i 1889, przyczyniły się do wielostronnego oświetlenia wpływu środków usypiających na układ sercowo-naczyniowy.

Drugi z wyżej wspomnianych czynników — urazowy — stał się przedmiotem badań dopiero w ciągu ostatnich lat paru. Wprawdzie, już oddawna, dzięki znanym doświadczeniom Goltza, wiadomo było, jak donośny wpływ na serce ma uraz brzucha. Późniejsze badania licznych autorów (Asp, Roy, Adami, Mayer, Pribram, Mac Wiliam i inni) stwierdziły to czy inne działanie na czynność serca i naczyń drażnienia trzew lub nerwów czuciowych, trzewnych i współczulnego, badania te jednak wykonane były w pracowniach fizjologicznych na zwierzętach i dopiero w ostatnich dwu latach spotykamy się z badaniami na ludziach podczas wykonywanego zabiegu. Jedni autorowie, jak Mac Glannan (r. 1921), Fortacin (r. 1921), König (r. 1922), pracują nad zachowaniem się ciśnienia krwi podczas operacji w związku z poszczególnemi momentami operacyjnemi, inni znów, jak Cluzet i Tixier (r. 1920) oraz Lennox, Graves i Levine (r. 1922), badają wpływ zabiegu na czynność serca zapomocą zdjęć elektrokardjograficznych.

Przystępując do moich badań, pierwotnie miałem zamiar, zgodnie z życzeniem p. prof. Leśniowskiego, poddać pewnej rewizji zachowanie się ciśnienia krwi w związku z różnemi sposobami znieczulenia. Wkrótce jednak przekonałem się, że pod wpływem uśpienia ciśnienie ulega względnie niewielkim wahaniom, że natomiast sam zabieg i różne jego fazy wywierają duży wpływ na ciśnienie i dlatego na tę stronę przedmiotu zwróciłem szczególną uwagę. W badaniach tych posługiwałem się przyrządem Vaquez-Laubry. Ciśnienie mierzyłem w przeddzień zabiegu, przed operacją, już na stole operacyjnym, podczas usypiania, po zaśnięciu i dalej podczas zabiegu co 1—2 minuty, a zapisując otrzymane liczby, oznaczałem zarazem, jakiej czynności operacyjnej one odpowiadały. Postępując w ten sposób, miałem możność stwierdzić w momentach bardziej obrażających pewne zaburzenie w układzie sercowo-naczyniowym, dla których wyjaśnienia musiałem uciec się do badania graficznego narządu krążenia. Nie mając do rozporządzenia elektrokardiografu, a z drugiej strony uważając, że tętnopisanie skombinowane nie da się zastosować podczas zabiegów brzusznych, które były przedmiotem moich badań, zmuszony byłem poprzestać na zdejmowaniu tętna za pomocą tętnopisu Jacquet. Zdjęcia te robiłem bezpośrednio po zbadaniu ciśnienia tak, że odpowiadały one prawie temu samemu momentowi operacyjnemu. W pierwszych moich spostrzeżeniach wypadało po 10—15 takich badań ciśnienia i tętna u tego samego chorego, w późniejszych — po 20 do 30.

*) Według referatu, wygłoszonego podczas XIX. Zjazdu Chirurgów Polskich w Warszawie dn. 29. VI. 1922 i odczytu w Tow. Lek. Warsz., wygłoszonego dn. 28. XI. 22.

Co się tyczy ciśnienia, to badałem je ogółem podczas 162 zabiegów, z których:

1. W uśpieniu chloroformem wykonano 111.
2. » eterowem » 28.
3. W uśpieniu mieszanem (chloroformem, potem eterem) wykonano 9.
4. W znieczuleniu miejscowem nowokainą wykonano 11.
5. » rdzeniowem tropakainą » 3.

Według rodzaju zabiegów wykonanych spostrzeżenia dadzą się podzielić na następujące grupy:

1. Wycięcie wyrostka robaczkowego — spostrzeżeń 51.
2. Zabieg doszczętny w przepuklinie pachwinowej lub udowej—spostrzeżeń 28.
3. Zabiegi na żołądku — spostrzeżeń 19.
4. Wycięcie macicy (całkowite i nadpochwowe)—spostrzeżeń 14.
5. Inne zabiegi brzuszne na narządach kobiecych — spostrzeżeń 11.
6. Zabiegi na kiszkach — spostrzeżeń 8.
7. » na drogach żółciowych — spostrzeżeń 7.
8. Cięcie brzucha (wywiadowcze lub lecznicze) — spostrzeżeń 7.
9. Zabiegi na pęcherzu moczowym — spostrzeżeń 6.
10. » na nerkach — spostrzeżeń 3.
11. » inne — spostrzeżeń 7.

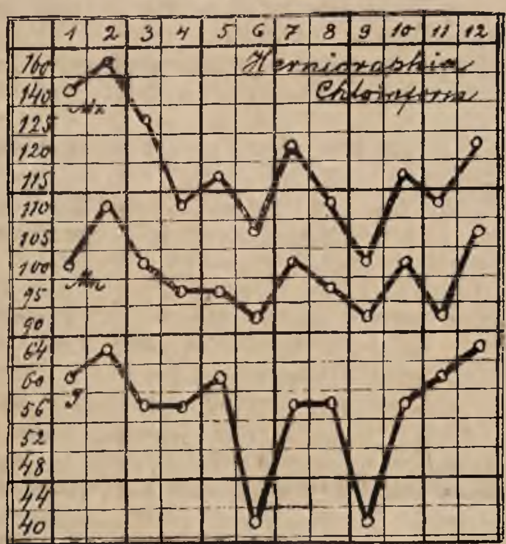
Przed rozpoczęciem zabiegu, gdy chory już leżał na stole operacyjnym, ciśnienie pod wpływem przeżywanego wzruszenia podnosiło się o 10—20 mm Hg, w razach wyjątkowych o 30 do 40. W okresie podniecenia, zarówno podczas usypiania chloroformem, jak i eterem, ciśnienie wzrastało jeszcze o 10—20 mm Hg, poczem obniżało się w miarę zasypiania chorego. Gdy chory zasnął, ciśnienie krwi skurczowe (Mx) stale było niższe o 20—25 do 55 mm Hg od stwierdzonego w chwili ułożenia chorego na stole oraz zazwyczaj o 5—20 mm Hg od ciśnienia w przeddzień operacji, w niektórych tylko spostrzeżeniach było ono o 5—20 mm Hg wyższe od tego ostatniego. Zasadniczej różnicy w działaniu między chloroformem a eterem, a tem bardziej stałego podniesienia się ciśnienia pod wpływem eteru, jak piszą niektórzy autorowie, w okresie tym nie widziałem, dodać jednak muszę, że poziom ciśnienia w uśpieniu w stosunku do ciśnienia zwykłego u danego osobnika pod działaniem chloroformu prawie stale był niższy, gdy w uśpieniu eterowem był on wyższy od zwykłego o 5—10 mm prawie w połowie spostrzeżeń (w 12 przypadkach na 28, czyli w 43%).

Podczas zabiegu ciśnienie w ogromnej większości przypadków spada w dalszym ciągu (rys. 1. i 5.): na 139 chorych, operowanych w znieczuleniu ogólnem, u 113 (=81%) operacja przebiegała przy ciśnieniu niższem od zwykłego u danego osobnika. Stopień obniżenia się jest w ścisłym związku z momentem operacyjnym. Im więcej wrażliwa tkanka lub narząd, które były terenem zabiegu, i im więcej obrażającą czynność wykonywano w danej chwili, tem większy spostrzegamy spadek ciśnienia. A więc podczas przecinania skóry, powięzi i mięśni ściany brzusznej widzimy stopniowe, umiarkowane obniżanie się ciśnienia, gdy w chwili przecinania tkanki przedotrzewnowej i samej otrzewnej występuje ono w stopniu większym. Podczas rozszerzania otworu w ścianie brzusznej, wyłaniania trzew, zakładania serwet, rozdzielania zrostów i badania stosunków w jamie brzusznej występuje największy spadek ciśnienia. Dalej, podczas przecinania i szycia trzew ciśnienie podnosi się nieco, poczem spada po raz wtóry w chwili usuwania serwet, rozszerzania rany hakami, wprowadzania trzew, chwytania kleszczykami i zaszywania brzegów otrzewnej ściennej. Zaszywaniu mięśni, powięzi i skóry towarzyszy stopniowe podnoszenie się

ciśnienia, które po skończonym zabiegu albo wraca zaraz do poziomu pierwotnego, albo też po cięższych zabiegach trzyma się poniżej tego poziomu o 10—20 mm Hg. Widzimy więc, że wysokość ciśnienia jest ściśle zależna od momentu operacyjnego, a że w typowych zabiegach brzusznych poszczególne czynności idą po sobie według pewnego szablonu, można było zauważyć pewien typ zachowania się ciśnienia dla poszczególnych zabiegów brzusznych.

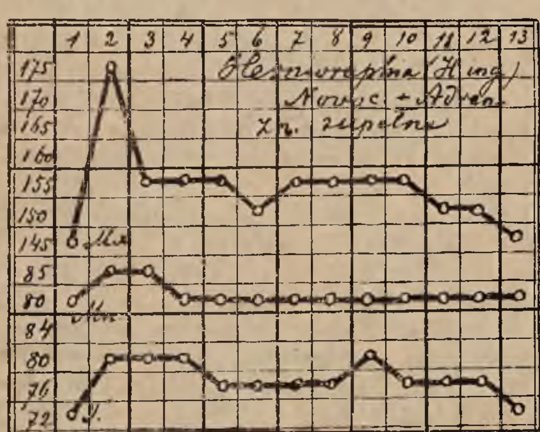
Podczas operowania przepukliny pachwinowej np. widzimy zawsze dwa większe spadki ciśnienia: pierwszy w chwili wydzielania worka, drugi, zwykle większy od pierwszego, podczas zakładania szwów głębokich (rys. 1.). Takie same dwa spadki widzimy podczas operacji wycięcia wyrostka robaczkowego lub wytwarzania zespolenia żołądkowo-kiszkowego: jeden w początkowym okresie czynności wewnątrzbrzusznych, drugi — w końcowym.

Rys. 1.



Chory lat 45, Hernia inguinalis. Hernioraphia. Chloroform. Mx — ciśnienie skurczowe, Mn — rozkurczowe, T — tętno. 1 — w przeddzień op., 2 — na stole op., 3 — po uśpieniu, 4 — cięcie skóry, 5 — otwieranie kanału pachw., 6 — wydzielanie worka, 7 — otw. worka, 8 — obnażanie w. Pouparta, 9 — zakł. szwów głębokich, 10 — wiązanie szwów, 11 — sz. rozcięgna, 12 — sz. skóry.

Rys. 2.



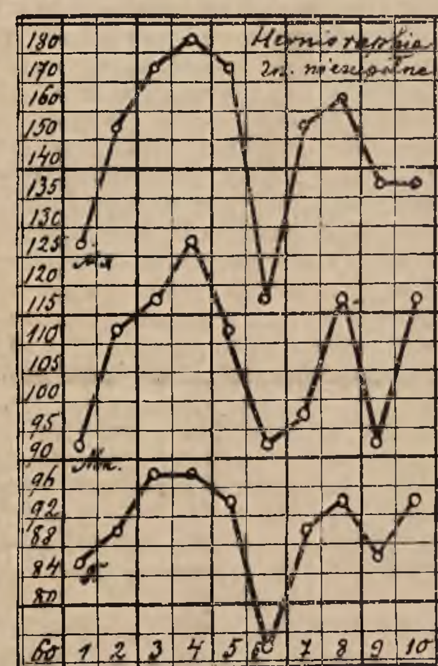
Chory lat 53. Hernia inguinalis. Hernioraphia. Znieczulenie miejscowe nowokainą z adrenaliną (zupełne). 1 — w przeddzień op., 2 — znieczulanie, 3 — cięcie skóry, 4 — otwieranie kanału pachw., 5 i 6 — wydz. worka, 7 — podwiązywanie worka, 8 — wydz. powrózka, 9 i 10 zakł. szwów głęb., 11 — wiązanie szwów, 12 — szycie rozcięgna, 13 — szycie skóry.

Stopień powyższych wahań podczas zabiegu zależał przedewszystkiem od rodzaju zabiegu, od tego, czy był on mniej, czy więcej obrażający. Największy spadek ciśnienia krwi podczas poszczególnych rodzajów operacyj wynosił przeciętnie (licząc w stosunku do poziomu ciśnienia po uśpieniu chorego):

1. Dla operacyj na drogach żółciowych — 55 mm Hg.
2. » » wycięcia macicy (skutkiem włókniaków) — 45 mm Hg.
3. Dla operacyj zespolenia żołądkowo - kiszkowego — 35 mm Hg.
4. Dla operacyj na pęcherzu moczowym — 30 mm Hg.
5. » » przepukliny pachwinowej — 26 » »
6. » » wycięcia wyrostka robaczkowego — 25 mm Hg.

Prócz tego widzimy i osobnicze różnice w wahaniach ciśnienia, zależne od mniejszej lub większej wrażliwości chorego: częstokroć mogłem zauważyć, że chorzy, z trwogą oczekujący operacji, zmęczeni bezsenną nocą, oddziaływali na zabieg większym od przeciętnego spadkiem ciśnienia. Przeciwnie, u rakowatych ciśnienie podlegało daleko mniejszym wahaniom, co zgadza się z powszechnie przyjętem zdaniem, że chorzy ci dobrze znoszą uśpienie. Gdy najwyższy spadek ciśnienia podczas wycinania nadpochwowego macicy włókniakowej wynosił przeciętnie 45 mm Hg, wycięcie całkowite skutkiem raka, choć bardziej obrażające od poprzedniego, dawało spadek przeciętny zaledwie 10 mm Hg.

Rys. 3.



Chory lat 45. Hernia inguinalis. Hernioraphia. Znieczulenie miejscowe nowokainą (niezupełne). 1 — w przeddzień op., 2 — znieczulanie, 3 — po znieczul., 4 — cięcie skóry (niebolesne), 5 — wydziel. worka (bolesne), 6 — wydziel. worka i powrózka (b. bolesne, chory blady, spocony), 7 — zakład. szwów głębokich (niebolesne), — 8 wiązanie szwów, 9 — szycie rozcięgna (bolesne), 10 — szycie skóry (bolesne).

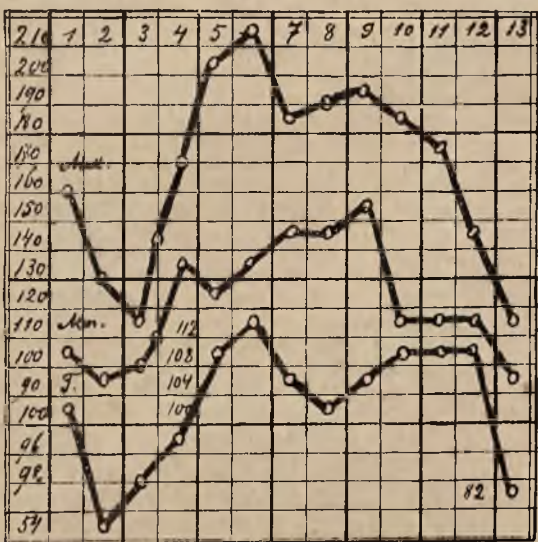
Obniżenie się ciśnienia skurczowego podczas zabiegu spostrzegałem nie zawsze. Na 139 przypadków, operowanych w znieczuleniu ogólnem, w 12 (=9%) ciśnienie trzymało się mniej więcej na pierwotnym poziomie, w 8 (=6%) obok spadku występowało i czasowe podniesienie się ciśnienia, w 14 (=10%) zabieg przebiegał prawie wyłącznie przy ciśnieniu wyższem, niż to, które stwierdziłem w chwili uśpienia chorego. Podniesienia te dosięgały zazwyczaj 15—20 mm Hg, w jednym tylko przypadku wycięcia macicy włókniakowej u 33-letniej kobiety ciśnienie pierwotne (Mx 160 Mn 100) podnosi się podczas zabiegu do Mx 210 Mn 130 (rys. 4.)

Przemijające podniesienia ciśnienia spostrzegałem i niezależnie od momentu operacyjnego, o ile chory budził się (ruszał się lub wymiotował). Dosięgały one zwykle 10—15 mm Hg.

Wszystkie powyższe spostrzeżenia dotyczą chorych, operowanych w uśpieniu bądź to chloroformowem, bądź też eterowem. Zasadniczej różnicy w działaniu między jednym a drugim środkiem nie mogłem stwierdzić; tak tu, jak i tam ciśnienie spadało, a wyżej wspomniane 14 przypadków pod-

niesienia się ciśnienia podczas zabiegu przypadają zarówno na chloroformowe, jak i na eterowe uśpienie. Choć nie można było dostrzec jakościowej różnicy w działaniu między temi środkami, to jednak różnica ilościowa była wyraźna, gdyż zabiegom w chloroformie towarzyszył zwykle większy spadek ciśnienia, niż zabiegom w eterze. Dla pierwszych największy w ciągu całego zabiegu spadek wynosił przeciętnie 35 mm Hg, dla drugich — 24 mm Hg, dla operacji wycięcia wyrostka robaczkowego odnośne liczby wynosiły: 31 i 19. Dodatniego wpływu eteru na ciśnienie nie spostrzegałem i u tych chorych, u których po początkowem stosowaniu chloroformu wypadało przejść do eteru.

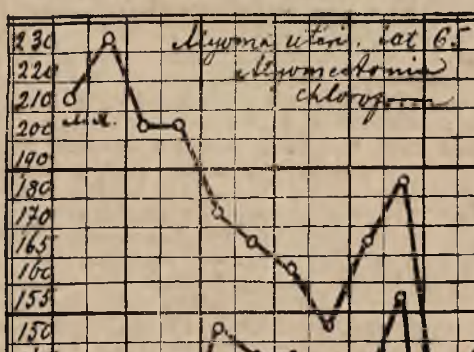
Rys. 4.



Chora lat 33. Myomata uteri. Hysterectomia subtotalis. Chloroform. 1 — w przeddzień op., 2 — po cięciu, 3 — badanie w głębi miednicy, 4 — podwiąz. więz. lejk. — miedniczych,5—odcinanie przydatków, 6 — nacinanie otrzewnej na macicy, 7 — podwiąz. a. uterinae, 8 — obcinanie macicy; 9 — peritonizacja, 10 — zaszywanie otrzewnej, 11 — szycie powięzi i skóry, 12 — po operacji, 13 — w 2 godziny po op.

Wyżej przytoczone liczby dotyczą ciśnienia skurczowego (Mx). Nieco inaczej zachowuje się ciśnienie rozkurczowe (Mn). Wraz ze skurczowem obniżało się ono podczas zabiegu, ale w stopniu nieco mniejszym. Gdy największy spadek ciśnienia skurczowego dla zabiegu w chloroformie wynosił przeciętnie 35 mm Hg, ciśnienie rozkurczowe spadało przeciętnie zaledwie o 21 mm, w zabiegach, wykonanych w uśpieniu eterowem odnośne liczby były 24 mm i 14 mm. W wyjątkowych razach ciśnienie rozkurczowe nawet podnosiło się o 10—20 do 40 mm, pomimo spadku ciśnienia skurczowego (rys. Nr. 5.). Skutkiem nierównomiernego zmniejszania się Mx i Mn ulegała zmniejszeniu różnica między niemi, czyli PP (pressio pulsus — ciśnienie tętna), dające pojęcie o przyroście ciśnienia krwi w chwili skurczu serca, a więc o sile rzutu krwi. Zmniejszenie się wynosiło w niektórych przypadkach 50, - 60 do 90% (z 60 mm Hg np. spadło na 5 mm Hg). W ten sposób stosunek Mx/Mn lub, co na jedno wynosi, PP/Mn ulegał podczas zabiegu ciągłym wahaniom i w chwilach czynności bardziej obrażających zmieniał się w kierunku niekorzystnym dla pracy serca. W warunkach prawidłowych stosunek ten wynosi, jak wiadomo, $^{3}/_{2}$=1,5 (dla wzoru Mx/Mn) lub $^{1}/_{2}$=0,5 (dla wzoru PP|Mn), i doświadczenie pokazało, że przy tym właśnie stosunku liczbowym danych ciśnienia praca serca odbywa się najłatwiej i najsprawniej. Tymczasem w przebiegu operacji z jednej strony zmniejsza się PP, a więc siła rzutu krwi, po części skutkiem osłabienia kurczliwości mięśnia sercowego, głównie jednak skutkiem zmniejszonego przypływu krwi do serca w następstwie spadku ciśnienia, wywołanego rozszerzeniem naczyń krwionośnych. Z drugiej zaś strony ciśnienie rozkurczowe (Mn), zamiast zmniejszyć się w takim stopniu, by stosunek PP/Mn pozostał bez zmiany, spada w stopniu mniejszym, niż ciśnienie skurczowe, w niektórych przypadkach nie obniża się wcale, a nawet zwiększa się skutkiem odruchowego skurczu ścian tętnic. A więc, przy zmniejszonej sile skurczu serca zwiększa się częstokroć opór, przeciwko któremu serce pracuje. Podobne zmniejszenie się PP/Mn widzimy np. w przypadku, przedstawionym na rys. 1. Przed zabiegiem stosunek PP/Mn wynosił $^{40}/_{100}$=0,4, był zatem niemal prawidłowy, podczas wydzielania worka przepuklinowego spada do $^{15}/_{90}$= 0,12, a w chwili zakładania szwów głębokich — do $^{10}|_{90}$= 0,11, gdy podczas szycia rozcięgna mięśnia skośnego brzucha zewnętrznego powiększa się do $^{20}|_{90}$=0,22. Większe wahania ciśnienia widzimy na rys. 5. Tu pierwotny stosunek PP|Mn=0,75 spada w chwili wyłuszczania włókniaka macicy w przedniem sklepieniu do 0,11, podnosi się do 0,16 podczas peritonizacji łożyska guza, — do 0,24 podczas zaszywania otrzewnej ściennej, wreszcie — do 0,26 przy szyciu skóry.

Rys. 5.



Chora lat 65. Myoma uteri. Myomectomia. Chloroform. 1 — w przeddzień op., 2 — na stole op., 3 — po uśpieniu, 4 — cięcie skóry, 5 — otworzenie jamy brzusznej, serwety do brzucha, 6 — badanie w głębi miednicy, 7 — wydziel. guza w przedniem sklepieniu, 8 — wyłuszczanie guza, 9 — szwy na łożysko guza, 10 — peritonizacja, 11 — szycie otrzewnej ściennej, 12 —

Rys. 6.



Tętno chorej z rys. 5. w chwili zakładania serwet do jamy brzusznej. (N. 5. rys. 5.).

Jeśli wahanie ciśnienia u chorych, operowanych w znieczuleniu ogólnem, porównamy z zachowaniem się ciśnienia podczas zabiegu w znieczuleniu miejscowem, to stwierdzimy ogromną między temi dwoma rodzajami znieczulenia różnicę (porównaj rys. 1. i rys. 2.). Chory nieuśpiony przeżywa silne wzruszenia podczas znieczulania i na początku zabiegu, co obok wstrzykniętej z nowokainą adrenaliny powoduje podniesienie się ciśnienia skurczowego o 20—30 do 80 mm Hg. Natomiast podczas operacji nie ulega ono żadnym lub drobnym tylko wahaniom, obniżając się stopniowo w miarę uspokojenia się chorego *). Ciśnienie rozkurczowe i tutaj ulegało

*) Już po skończeniu mojej pracy miałem możność przeczytać pracę **Wiemanna**, który obok podniesienia się ciśnienia w zabiegach w znieczuleniu miejscowem, spostrzegł szereg przypadków ze spadkiem zarówno przed, jak i po skończonym zabiegu, co autor tłumaczy bądź to oddziaływaniem adrenaliny jednocześnie na nerwy zwężające i rozszerzające naczynia przy przewadze tych ostatnich, bądź to wtórnem rozszerzeniem się naczyń po początkowem zwężeniu się — głównie u starych

jeszcze mniejszym od skurczowego wahaniom, pozostając prawie stale na tym samym, co z początku, poziomie. Inaczej zachowywało się ciśnienie w tych spostrzeżeniach, w których znieczulenie było niezupełne, czy to dla niemożności znieczulenia całkowitego daną metodą (operacje na żołądku) czy też dla wadliwej techniki (przepukliny pachwinowe). Gdy operujący docierał do warstwy lub narządu nie znieczulonego, ciśnienie, dotychczas nie ulegające wahaniom, spadało nagle o 30 do 60 mm Hg, chory bladł i pokrywał się zimnym potem. Spadek ciśnienia w takich spostrzeżeniach był większy, niż w odpowiednich momentach operacyjnych u chorych uśpionych. A więc, dla operacji doszczętnej przepukliny pachwinowej i udowej w uśpieniu chloroformem największy spadek ciśnienia był przeciętnie 26 mm Hg, w znieczuleniu miejscowem zaś niezupełnem — 42 mm (porównaj rys. 1. i 3.). Wytworzeniu zespolenia żołądkowo - kiszkowego w uśpieniu towarzyszył spadek przeciętnie 35 mm Hg, gdy w znieczuleniu niezupełnem — 46 mm Hg. W przypadkach wyłuszczenia gruczołu krokowego w uśpieniu największy spadek ciśnienia wynosił przeciętnie 26 mm Hg, gdy w znieczuleniu niezupełnem — 55 mm Hg. C. d. n.

Łucja FREYÓWNA. Warszawa.

Przypadek zespołu nerwu usznoskroniowego *)

Z kliniki neurologicznej Uniwersytetu warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. K. Orzechowski.

W nerwie usznoskroniowym, którego patologją nowoczesna neurologja dotąd zupełnie się nie zajmowała, przebiegają obok czuciowych włókna naczynio ruchowe i potowe do środkowego piętra twarzy, a nadto ślinowydzielnicze dla przyusznicy. Ponieważ twarz należy do obszarów skóry stosunkowo obficie wyposażonych w gruczoły potne, ponieważ z drugiej strony gra naczynioruchowa jest najbardziej żywa i bezpośrednio widoczna właśnie na twarzy, nic dziwnego, że zmiany chorobowe w zakresie nerwów twarz zaopatrujących, a w szczególności w n. uszno-skroniowym, prowadzić mogą do zaburzeń potnych i naczynioruchowych bardziej uderzających, niż gdziekolwiek indziej na powierzchni ciała. Z drugiej strony w szczególnych warunkach złożenia się objawów: potowydzielniczych, naczynioruchowych i ślinowych, powstaje zespół tem charakterystyczniejszy poza swem umiejscowieniem, że górują w nim objawy wegetatywne tak różnorodne i tak nasilone, jak to zresztą w cierpieniach nerwów obwodowych z natury rzeczy rzadko tylko może się zdarzyć. Do tego przybywają przy zespole podrażnieniowym objawy resonansu, odzewu (repercussivité) ze strony sąsiadujących aparatów wegetatywnych, które w miarę trwania stanu podrażnienia w pewnym zakresie unerwienia z czasem ulegają podrażnieniu. Zespół wegetatywny tu omawiany traci wówczas na swojej zwartości, zyskuje jednak na pełności i rozmaitości objawów. Przykład takiego zespołu stanowi następujący przypadek:

Ch. B., 25-letni trykociarz, został raniony w końcu roku 1920 kulą karabinową poza kątem żuchwy po stronie lewej. Mimo, że rana była powierzchowna, chory bezpośrednio po zranieniu stracił przytomność, tak że nie wie, kiedy został przywieziony do szpitala. Tu po odzyskaniu przytomności zauważył, że cała lewa połowa twarzy jest silnie obrzmiała. Po tygodniu zapadł na dur powrotny, a w cztery tygodnie później na dur plamisty. Przez cały czas trwania tych chorób policzek lewy był obrzmiały, a mniej więcej w cztery miesiące po zranieniu zaczęła wyciekać z ucha ropa. Otiatra stwierdził wówczas (w marcu 1921) przetokę w przewodzie zewnętrznym przy nieuszkodzonej błonie bębenkowej. Wykonano nacięcie w miejscu pierwotnego zranienia, poczem obrzęk zaczął ustępować, a twarz wróciła z czasem do stanu normalnego. Mniej więcej w miesiąc po operacji zauważył chory, że podczas jedzenia poci się po lewej stronie twarzy doznając równocześnie uczucia gorąca w tej okolicy. Z czasem pocenie to nasilało się, a od roku stało się tak znaczne, że otoczenie zaczęło zwracać na to uwagę. Zresztą chory nie odczuwa żadnych dolegliwości a zasięga porady lekarskiej z powodu wstydu, »ludzie bowiem sądzą, że je tak żarłocznie«. — Przed r. 1920 żadnych chorób nie przechodził. Odczyn Bordet-Wassermanna we krwi ujemny.

*) Przypadek był pokazywany w Tow. Lekarzy Szp. Dz. Jezus i w Tow. neurolog. w Warszawie dn. 20. I. 1923.

Stan obecny: Osobnik dobrze odżywiony, o dość dobrze rozwiniętych mięśniach, z lekkiem skrzywieniem kręgosłupa, z wolnem X. żebrem. Dość znaczna pobudliwość naczynioruchowa, łatwo się rumieni przy najmniejszem wzruszeniu, ręce przeważnie sinawo-czerwone, przy badaniu zawsze spocone. Na ogół poci się łatwo, naprzykład przy szybkiem chodzeniu; poci się wtedy na całem ciele, nawet na twarzy ocieka kroplami potu. Lekka asymetrja twarzy; kość jarzmowa lewa nieznacznie cofnięta w tył, lewa brew nieco obniżona, przegroda nosowa przesunięta ku stronie prawej (sądząc z fotografji te objawy asymetrji istniały już dawniej). W związku z tą asymetrją pozostaje prawdopodobnie lekka różnica w unerwieniu twarzy, nie mająca, jak się zdaje, znaczenia (lewa fałda nosowo-wargowa głębsza niż prawa, natomiast przy ruchach mimicznych unerwianie cokolwiek po lewej stronie gorsze, stosunki elektryczne n. twarzowego lewego prawidłowe). Przewód zewnętrzny ucha obecnie nie wykazuje zmian. Poza kątem żuchwy po stronie lewej wyczuwa się guz wielkości fasoli, twardy, przesuwalny, nieznacznie zrośnięty ze skórą, tkliwy na ucisk. Poza tym guzem gruczołu przyusznego na pewno nie wyczuwa się, natomiast dobrze wymacuje się go po stronie zdrowej. Przy ogólnym stanie nerwowym, zresztą prawidłowym, zasługuje na uwagę zespół objawów następujących:

Źrenica lewa szersza od prawej, lewa szpara powiekowa nieco szersza. Przeczulica na wszystkie rodzaje czucia na lewym policzku w obszarze niemal dokładnie odpowiadającym przestrzeni twarzy zaopatrywanej przez nerw uszno-skroniowy. Gdy chory je lub też wykonuje ruchy ssące, trzymając w ustach cukierek, występuje mniej więcej po upływie jednej minuty zaczerwienienie twarzy po lewej stronie, podwyższenie ciepłoty w obszarze zaczerwienienia i pocenie się w postaci drobno-kroplistej gęstej rosy, które przy dłuższem trwaniu jedzenia tak się nasila, że pot wprost ścieka z twarzy. Spożywanie płynnych potraw powyższych objawów nie wywołuje. Obszar twarzy, na którym te zaburzenia występują, przedstawia się w kształcie trójkąta, którego podstawę tworzy nasada małżowiny usznej a wierzchołek sięga prawie do kąta ust, górny zaś kąt przypodstawny, zachodzący już na okolicę włosów głowy, jest ścięty. (Obszar ten jest więc nieco mniejszy od obszaru przeczulicy). Sam akt żucia iluzorycznego niema powyższego działania, ani też drażnienie języka bodźcami dotykowemi, natomiast objawy te występują przy drażnieniu błony śluzowej języka, i to tylnej jego części, bodźcami smakowemi przy równoczesnem wykluczeniu wszelkich ruchów żucia lub ssania. Pocenie i zaczerwienienie opisanego obszaru skóry występuje wówczas po upływie nieco dłuższego czasu (około 2 minut). Dodać należy, że emocja, a wystarczy nawet pewne niemiłe uczucie poprzedzające injekcję, wywołuje silne pocenie na czole i nosie, a więc na zwykłych miejscach pocenia się na twarzy, a nadto, pomimo, że chory w danej chwili nie je, występują wówczas krople potu także w okolicy naszego trójkąta patologicznego. Pozatem stwierdza się u chorego na błonie śluzowej środkowej i dolnej części lewego policzka mniejszą wilgotność niż po stronie prawej, bardziej matowy i jakby nieco słoninowaty wygląd, co zwłaszcza wyraźnie ujawnia się podczas działania pilokarpiny. Na szyji po stronie lewej na przestrzeni od linji środkowej do mniej-więcej tylnego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego spostrzega się niemal stałą hypertonję mięśni włoso-ruchowych (wystające ponad powierzchnię skóry grudki, na których szczycie widoczne są pionowo ustawione włoski).

Próby farmakologiczne dały następujące wyniki: wstrzyknięcie 1 mgr. atropiny wywołało dość znaczną suchość jamy ustnej, utrzymującą się około 3 godzin. W czasie działania atropiny chory przy jedzeniu nie poci się, ani nie występuje zaczerwienienie w zakresie dolnej części trójkąta patologicznego, poci się jednak, lubo w bardzo słabym stopniu, w jego części górnej. Granicę obu obszarów stanowi linja pozioma, przechodząca przez kość jarzmową. Wstrzyknięcie 0,9 mgr. adrenaliny pozostaje bez wyraźniejszego wpływu na pocenie podczas jedzenia, natomiast okolica dotknięta patologicznem poceniem, a nadto skroń i podbródek, są wyraźnie chłodniejsze i bledsze od strony zdrowej. Ogólne oddziaływanie na adrenalinę było mierne. Po wstrzyknięciu 1 cgr. pilokarpiny nie stwierdza się nigdzie zaczerwienienia, ślinienie natomiast jest dość znaczne; z prawego przewodu Stenona wydobywa się ślina wodopłynna, łatwo ściekająca, zaś w ujściu lewego przewodu pojawiają się od czasu do czasu kropelki śliny pienistej, ciągliwej, trudniej spływającej. Ujście lewego przewodu Stenona zieje wyraźniej niż po stronie prawej. Tu należy wtrącić, że w zwykłych warunkach wogóle spostrzega się u chorego podobne różnice zachowania się wydzielania z obu ujść Stenona, różnice jednak są mniej wyraźne i pewne niż podczas działania pilokarpiny. Zresztą wywołuje pilokarpina umiarkowane pocenie na ciele i na twarzy w miejscach, które zazwyczaj tu się pocą, ponadto jednak występuje również nadmierne pocenie w obszarze naszego trójkąta patologicznego i to w górnej części bardziej uderzające niż w dolnej. Pocenia tego brak w analogicznej okolicy strony zdrowej. Gdy u schyłku działania pilokarpiny chory spożywa strawę, wywołuje to pocenie w okolicy patologicznej znacznie większe, niż to ma miejsce w warunkach zwykłych. Odruch włoso-ruchowy na ciele występuje dopiero po drażnieniu i to w zwykłem nasileniu, hypertonja na szyji utrzymuje się jak zazwyczaj. Odczyn podmiotowy podczas działania pilo-

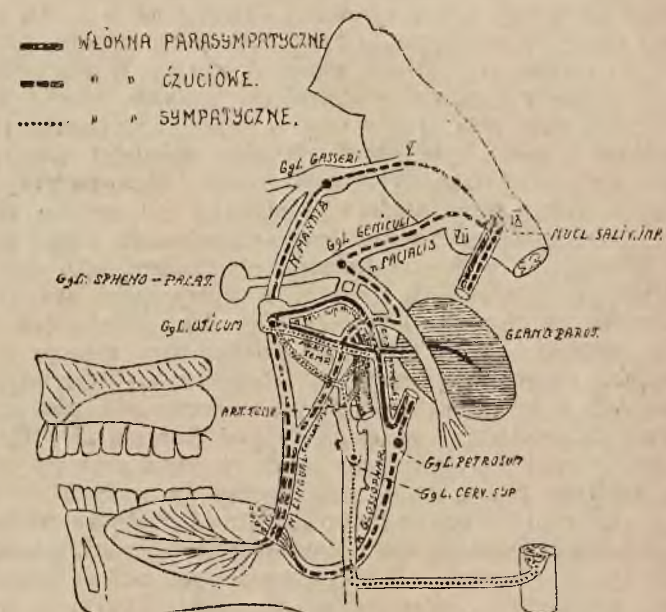
karpiny dość znaczny. Podskórna dawka 1 mgr. fizostygminy wywołała zblednięcie i obniżenie ciepłoty lewej połowy twarzy, subjektywnie zaś niezbyt silne uczucie nudności. Po amylium nitrosum tak zaczerwienienie jak i podwyższenie ciepłoty było równe po obu stronach.

Dodać jeszcze należy, że jeden z chirurgów wykonał niezależnie od naszego wpływu wstrzyknięcie alkoholu w okolicę nerwu twarzowego. Niedowład ze strony nerwu twarzowego nie wystąpił, jednak przez kilka następnych dni okolica trójkąta patologicznego podczas jedzenia nie zaczerwieniła się i nie rozgrzewała, była nawet chłodniejsza niż po stronie prawej; pocenie podczas jedzenia było wówczas tylko nieznacznie słabsze. Także i tkliwość uciskowa blizny na kilka dni ustąpiła. Przypuszczamy, że ten wynik wstrzyknięcia alkoholu należy przypisać dostaniu się alkoholu nie do nerwu twarzowego, a do n. uszno-skroniowego zrośniętego z blizną, w której okolicę zrobiono wstrzyknięcie. W tym okresie obserwacji była wykonana próba z adrenaliną i fizostygminą.

W przypadku opisanym rozpoznanie schorzenia n. uszno-skroniowego nasuwa się samo przez się, przyczem na pierwszy plan występują tu objawy podrażnienia tego nerwu: 1) Przeczulica skórna na wszystkie rodzaje czucia w obszarze tego nerwu, 2) silne pocenie się tej właśnie okolicy (która zresztą w przeciętnych warunkach w występowaniu potu na twarzy niewielki bierze udział) pod wpływem wzruszenia, ogólnego wysiłku fizycznego i pilokarpiny. Obszar tego nerwu i to tylko ten obszar twarzy poci się ponadto podczas jedzenia na skutek odruchu wywołanego, jak to wykazaliśmy wyżej, bodźcami smakowemi, który to szczegół będzie jeszcze poniżej odrębnie omówiony. O stanie podrażnienia tego nerwu świadczą jeszcze: 3) zaczerwienienie i podwyższenie ciepłoty w danym obszarze (włókna potowydzielnicze (2) i naczynioruchowe (3) przebiegają, jak się to ogólnie przyjmuje, wyłącznie lub w przeważnej części, razem z nerwami czuciowemi, a więc dla obszaru patologicznego w naszym przypadku w nerwie uszno-skroniowym). O schorzeniu n. uszno-skroniowego świadczy wreszcie obok tych objawów jego podrażnienia, zaburzenie jakościowe i ilościowe wydzielania śliny z przyusznicy, gruczoł ten bowiem pobiera swoje włókna wydzielnicze z tego nerwu. Według zapatrywań fizjologów od włókien nerwu językowo-gardłowego parasympatycznego zależy wydzielanie śliny płynnej, od włókien idących z układu współczulnego wydzielanie śliny gęstej. Ponieważ w naszym przypadku po stronie chorej wydziela się ślina gęsta, należałoby przyjąć, że włókna ślinowydzielnicze parasympatyczne uległy częściowej przerwie przewodnictwa tak, że wydzielanie śliny odbywa się dzięki wpływowi tylko lub przeważnie włókien ślino-wydzielniczych pochodzenia sympatycznego. Rzecz jasna, że należy się jeszcze liczyć ze zmianami anatomicznemi w samym miąższu gruczołu, które ze swej strony zapewne mogą wpływać nietyle na jakość śliny, ile na ilościowe stosunki wydzielania. Obok stanu podrażnienia włókien o różnorakiej funkcji, przebiegających w n. uszno-skroniowym, stwierdzamy więc stan poraźny włókien wydzielniczych parasympatycznych, zmierzających do przyusznicy.

Mechanizm nadmiernego wydzielania się potu podczas jedzenia w zakresie skóry twarzy zaopatrywanym przez n. uszno-skroniowy dokonuje się u naszego chorego na skutek bodźców smakowych, i to prawdopodobnie na drodze tego samego łuku odruchowego, który reguluje wydzielanie się śliny z przyusznicy; z fizjologji zaś wiadomo, że łuk ten przebiega następującą drogą: włókna smakowe dochodzą za pośrednictwem n. językowo-gardłowego do dolnego jądra ślinowego (K o h n s t a m a), część zaś odśrodkową łuku stanowi n. bębenkowy J a c o b s o n a, następnie n. skalisty powierzchowny mniejszy (*n. petr. superf. minor*), który podąża do zwoju usznego (*ganglion oticum*). Stąd poczynające się włókna pozwojowe przebiegają w dalszym ciągu w n. uszno-skroniowym pochodzącym z 3. gałęzi n. trójdzielnego i tą drogą dostają się do przyusznicy (zob. rycinę przedstawiającą nieco zmieniony schemat wyjęty ze znanej monografji Müllera o układzie wegetatywnym).

Skądinąd wiemy (M ü l l e r i i.), że do zwoju usznego wchodzą też włókna sympatyczne od tętnicy skroniowej idące, które się tu dostały wzdłuż naczyń, a które czerpią swój początek ze zwoju szyjnego górnego. Po wyjściu ze zwoju usznego włókna te przebiegają w dalszym ciągu również w n. uszno-skroniowym. Jest bardzo możliwe, że są to właśnie włókna potowydzielnicze i naczynioruchowe, które pośredniczą w odruchu potno-naczynio-ruchowym u naszego chorego. Z drugiej strony należy nadmienić, że odruchowe



pocenie się policzka jest częścią ogólnego odczynu układu wegetatywnego (przeważnie parasympatycznego), który wogóle u ludzi zdrowych dokonuje się w lekkim stopniu podczas jedzenia. Ten sam odczyn ma miejsce ponadto w wyjątkowo silnym stopniu u niektórych ludzi zdrowych na skutek tylko pewnych bodźców smakowych drażniących (N a g e l*) wreszcie zdarza się często i to w wybitnym stopniu w okresie zdrowienia po ciężkich schorzeniach (zaczerwienienie całej twarzy, uczucie w całem ciele rozgrzania i pocenie się). W naszym przypadku podrażnienie n. uszno-skroniowego nie ujawnia się w warunkach przeciętnych. Stan ten, dotyczący w pierwszym rzędzie przeważnej części włókien wegetatywnych tego nerwu, ujawnia się dopiero wśród pewnych warunków, między innemi podczas jedzenia, z drugiej strony wśród pewnych okoliczności badania, n. p. przy stosowaniu jadów farmakologicznych. Podrażnienie n. uszno-skroniowego istnieje tu więc w stanie raczej utajonym, nie ujawniając się zresztą takiemi banalnemi objawami podrażnienia włókien czuciowych, jak parestezje i bóle.

Jeśli w zakresie tego nerwu, będącego stale w stanie utajonego podrażnienia, spostrzegamy podczas jedzenia objawy żywego podrażnienia włókien wegetatywnych, czego nie widzimy po stronie zdrowej, dzieje się to wskutek tego, że fizjologiczne podrażnienie n. p. odruchowe, które samo przez się po zdrowej stronie twarzy nie jest w stanie wywołać żadnego z opisanych objawów w większem nasileniu, sumuje się ze stanem utajonego podrażnienia patologicznego, które zastaje po stronie chorej, czego wynikiem są objawy wyżej opisane, jako wyraz jawnego teraz podrażnienia włókien wegetatywnych zawartych w chorym nerwie.

Wreszcie wymagają wytłumaczenia hypertonja mięśni włosoruchowych na szyji i rozszerzenie lewej źrenicy. Objawy te możemy tłumaczyć szczególną właściwością oddziaływania układu wegetatywnego t. zw. *repercussivité* T h o m a s'a. Autor ten podaje szereg przypadków, w których hypertonja stała lub wzmożona odruchowość włoso-ruchowa nie ograniczały się do zakresu, odpowiadającego uszkodzeniu danego nerwu, lecz rozprzestrzeniały się na zdrowe obszary sąsiednie. Tak n. p. przy uszkodzeniu n. pośrodkowego mo-

*) Sprawą tą zajmował się między innymi B r o w n - S e q u a r d, który sam na sobie doznawał przykrości tego odruchu; pocił się bowiem silnie na całej twarzy w czasie spożywania pokarmów bardzo słodkich lub ostrych. Autor ten zaznacza, że żucie nie odgrywało tu przytem żadnej roli, pocenie bowiem nie występowało w razie jedzenia pokarmów o innym smaku.

żna obserwować hypertonję stałą lub wzmożoną odruchowość całej kończyny górnej. W przypadku F. Skubiszewskiego**) przy zajęciu n. skórnego udowego tylnego i skórnych gałązek n. strzałkowego nie było odruchu włoso-ruchowego w obszarze nerwów skórnych zajętych, natomiast na reszcie kończyny dolnej chorej i na pośladku tej samej strony była obecna jużto czasowa hypertonja, jużto silnie wzmożona pobudliwość włoso-odruchowa. W przypadku tym o rozległym stanie podrażnienia nerwów czuciowych świadczyły silne bóle. Także więc w naszym przypadku podrażnienie mogło było objąć obszary sąsiednich nerwów, czego wyrazem byłaby hypertonja mięśni włoso-ruchowych na szyji, której skóra najprawdopodobniej nie czerpie włókien włoso-ruchowych z nerwu uszno-skroniowego, lecz z nerwów czuciowych szyjnych. Rozszerzenie źrenicy, jako objaw częściowego podrażnienia włókien sympatycznych oka jest zrozumiałe w ramach »*repercussivité*« Thomas'a; jest to wszak banalny i znany objaw, na drodze tego samego mechanizmu rozprzestrzeniania się odruchów wegetatywnych powstający nawet w najrozmaitszych schorzeniach nie nerwowych toczących się w oddali (objaw Roque'a). Objaw ten tem łatwiej jest zrozumiały, o ile chodzi o nasz przypadek, jeżeli się zważy, że n. sympatyczny za pośrednictwem zwoju szyjnego górnego nietylko zaopatruje głowę we włókna odśrodkowe (włosoruchowe, naczynioruchowe i inne), lecz ponadto ma otrzymywać z tkanek obwodowych włókna dośrodkowo przewodzące, które w naszym przypadku mogą być w pewnym zakresie w stanie podrażnienia.

Kilka słów należy jeszcze poświęcić wyjaśnieniu powstania stanu podrażnienia n. usznoskroniowego w naszym przypadku.

Nerw ten przebija miąższ przyusznicy między wyrostkiem rylcowatym a kątem żuchwy, więc w okolicy pierwotnego zranienia i zabiegu chirurgicznego. Podrażnienie nerwu może zależeć od ucisku przez blizny, które się tu wytworzyły wskutek długotrwałego ropienia, a nie można też wykluczyć, że jest ono następstwem przebytej neuritis ex continuitate powstałej wskutek sąsiedztwa z ogniskiem ropnem. Pierwsze przypuszczenie wydaje się nam atoli prawdopodobniejszem, ponieważ objawy u chorego powstały dopiero z czasem, w okresie gojenia się.

Widoki leczenia objawu, o który przedewszystkiem chodzi choremu, nadmiernego pocenia się twarzy w czasie aktu jedzenia, nie są niepomyślne. Mamy zamiar powierzyć chirurgowi zadanie oddzielenia nerwu chorego od blizny. Chodzi o zabieg subtelny, zegarkowy, w warunkach anatomicznych trudnych, grożący przy nieostrożnem manipulowaniu i niedokładnej znajomości terenu topograficznego uszkodzeniem nerwu twarzowego. Gdyby okazała się niemożność wypreparowania nerwu z blizny, pozostaje do wykonania neuroliza alkoholowa, wreszcie wycięcie części nerwu. Ujemnemi następstwami takiego radykalnego zabiegu będą: znieczulenie skórne i zamarcie wydzielania z lewej przyusznicy, więc objawy, które nie mają większej doniosłości. Zazwyczaj chirurdzy po tym zabiegu obawiają się przykrego zniekształcenia niesymetrycznego twarzy, które nie powinno w naszym przypadku wystąpić z powodu, że ewentualny ubytek przyusznicy wyrówna istniejące w tem miejscu bliznowate pogrubienie.

Analogiczny do naszego przypadku ogłosił w zeszłym roku Lipsztadt[1]) a tyle tylko różniący się, że w przypadku Lipsztadta tej samej okolicy patologicznego pocenia odpowiadała hypestezja na wszystkie rodzaje czucia, w naszym zaś przypadku stwierdziliśmy tam przeczulicę. Sądzimy, że mechanizm patologicznego występowania pocenia przedstawiony przez nas można odnieść także i do przypadku Lipsztadta. Zresztą Lipsztadt w istotę przypadku głębiej nie wnikał ani nie próbował ściślej sprawy umiejscowić. W nowszej literaturze nie udało mi się zresztą znaleźć przypadku pocenia się obszaru zaopatrywanego przez nerw uszno-skroniowy, znalazłam natomiast w pracach starszych autorów dość liczną kazuistykę pocenia się skóry twarzy w okolicy przyusznicy (*sudation parotidienne*) podczas jedzenia, co widocznie odpowiada sprawie przez nas omawianej. I tak szereg przypadków podają Royer[2]), Baillarger[3]), Bergounhioux[4]), Bouveret[5]) i i. W przypadku Botkina[6]), w którym również poprzedziło omawianą sprawę chorobową ropienie przyusznicy, pociła się podczas jedzenia prawie cała połowa twarzy, a nadto także i ta sama połowa ciała (*repercussivité* Thomasa?). Warto też wspomnieć jako o szczególe, obecnie już tylko mającym historyczne znaczenie, że przypadki omawianego cierpienia stały się wówczas źródłem dość ożywionej polemiki między Baillarger'em i Bergounhioux'em. Pierwszy z nich uważał nadmiernie się pojawiającą w czasie jedzenia wydzielinę na skórze twarzy w okolicy przyusznej za ślinę, która wypaca się z gruczołu na zewnątrz przez skórę, nie mogąc się wydobyć poprzez zarośnięty przewód Stenona, Bergounhioux jednak obronił zapatrywanie, że wydzielina ta jest potem, wykazując jej kwaśne oddziaływanie. Na stanowisku Baillargera stał nawet i fizjolog Bérard[7]). Wreszcie wspomnę, że tem samem zaburzeniem był dotknięty i anatom Henle[8]) w następstwie przebytego w dzieciństwie podczas tyfusu zapalenia przyusznicy.

Podobnie jak Lipsztadt, który mówi ogólnikowo o drugiej gałązce n. trójdzielnego w pracy już cytowanej, autorzy wymienieni nie sprowadzają zaburzenia potowego do schorzenia właściwego nerwu. Przytoczenie dawnej kazuistyki francuzkiej dowodzi jednak, że cierpienie, którem się tu zajmujemy, nie należy do zbyt rzadkich. Przypadki tego rodzaju nie rzadko musiały się też zdarzać w okresie ostatniej wojny w następstwie obrażeń, zwłaszcza powikłanych, przyusznicy i jej okolicy. Zupełny brak publikacyj w tym kierunku należałoby przeto tłumaczyć sobie tylko brakiem zainteresowania się objawem częściowego pocenia się twarzy. Brak zaś zainteresowania wynikał z dwóch przyczyn: z zaniedbania patologji narządów wegetatywnych, jakie cechowało rozwój neurologji do ostatnich niemal czasów, i z tego także, że objawu tego nie umiano i nie próbowano sobie wytłumaczyć.

Opis niniejszy stanowi przyczynek do patologji obwodowej włókien pochodzenia wegetatywnego. N. uszno-skroniowy jest nerwem, którego schorzenie prowadzić może do zespołu objawów, wśród których na pierwszy plan wybijają się objawy wegetatywne: ślinne ze strony przyusznicy, potowydzielnicze, naczynioruchowe, a w szczególnych przypadkach może także odżywcze, które to objawy mniej lub więcej dokładnie pokrywają się z zakresem skóry, unerwianym przez n. uszno-skroniowy. Objawy te stanowią więc charakterystyczny zespół dla schorzenia n. uszno-skroniowego. Ostatecznym dowodem słuszności umiejscowienia są objawy ze sfery czucia powierzchnianego, odpowiadające obszarowi tego nerwu. Wobec właściwości układów wegetatywnych oddziaływania odzewem na schorzenia sąsiadujących obszarów, objawy wegetatywne w miarę trwania sprawy mogą narastać wszerz i wgłąb, obejmując zakresy rozleglejsze potowydzielnicze (przyp. Botkina) naczynioruchowe i włosoruchowe (jak w naszym przypadku).

W przypadku opisanym mieliśmy na myśli zespół n. uszno-skroniowego przedewszystkiem podrażnieniowy. Oczywiście należy przypuścić, że wśród odpowiednich warunków może się zdarzyć zespół tego nerwu porażny i że również istnieją zespoły mieszane. Do tych zaliczyćby należało nasz przypadek, bośmy dla włókien przyusznicowo-wydzielniczych parasympatycznego pochodzenia byli skłonni przyjąć raczej przerwę przewodnictwa.

**) Przypadek przedstawiany w Warsz. Tow. Lek. podczas wykładu »O toksyczno-ciążowem, urazowo-porodowem i zakaźno-połogowem zapaleniu wielonerwowem« dnia 9. I. 1923.

[1]) Neurologja polska T. VI. 1922.

[2]) Journal sur la phys. de l'homme et des an. 1857. Cyt. według Botkina.

[3]) Gaz. de Paris 1853 (Cyt. według Botkina).

[4]) Gaz. des Hôp. 1859 (cyt. według Raymond'a — Arch. de Neurol. 1888).

[5]) Thèse de Paris 1880. (cyt. według Raymond'a).

[6]) Berl. Kl. Woch. 1875.

[7]) [8]) Przyt. według Botkina.

S. TRZEBIŃSKI. Wilno.

O nieznanej Biegańskiemu „Logice Medycyny“.

Wydając w 1894 roku »Logikę Medycyny«, Biegański nie znał prócz odnośnych ustępów dzieła Baina żadnej innej pracy, traktującej o tym przedmiocie i jako »Logika medycyny« zatytułowanej. Przygotowując do druku 2. wydanie w 1908 r., znał on wprawdzie wydaną w 1852 roku »Medicinische Logik« Oesterlena, nie była mu jednak i wówczas znana inna książka, o podobnym tytule, o której zresztą nie wspomina też nic Oesterlen, a na której ślad udało mi się przypadkiem natrafić. Czytając mianowicie pamiętnik Józefa Franka w wydaniu Zahorskiego, znalazłem tam w T. III. na str. 199. wzmiankę o przysłaniu Frankowi przez Sir Gilberta Blanca, wraz z listem z Londynu, pod datą 17. II. 1819 r., książki pod tytułem „Elements of Medical Logic“. Poszukiwania tego dzieła jednak, rozpoczęte w Wilnie, a prowadzone dalej w bibljotekach innych miast polskich, nie doprowadziły do pożądanego rezultatu i dopiero łaskawej pomocy prof. Wł. Szumowskiego z Krakowa i wielkiej uprzejmości Dra Wickersheimera, dyrektora uniwersyteckiej bibljoteki w Strasburgu, zawdzięczam możność zapoznania się z tą książką, przysłaną mi stamtąd do przejrzenia w niemieckim przekładzie.

Otóż »Elemente medicinischer Logik« — nie Blanca — (pomyłka tłómacza, łatwa do zrozumienia ze względu na nieczytelne pismo odnośnego ustępu w oryginale pamiętnika), lecz Sir Gilberta Blane, baroneta, jest to przekład A. Hubera, wydany w Göttingen 1819 r., obejmujący około 140 stron tekstu wązkiej a długiej 8-ki. Z przedmowy J. F. Blumenbacha dowiadujemy się, że autor był starym lekarzem angielskiej wojennej marynarki, znanym też niemieckiej publiczności lekarskiej z klasycznego dzieła o chorobach marynarzy.

Oto treść książki: Nie mogąc sobie wytłómaczyć fenomenów życiowych jedynie tylko procesami fizycznemi i chemicznemi, autor przyjmuje szereg sił życiowych, a mianowicie: 1. Twórczą (przy tej sposobności krytyka teorji pudełkowej Einschachtelungstheorie, a pochwała dla Blumenbacha za jego »nisus formativus«). 2. Siłę zachowującą (od gnicia), toczącą ustawiczną walkę z septyczną dążnością istoty, w której działa. Osłabienie tej antyseptycznej siły usposabia do chorób takich, jak gangrena, ospa, tyfus, dżuma. 3. Ciepłorodną (bo ciepło zwierzęce nie pochodzi wyłącznie z oddychania, chociaż część jego ma takie pochodzenie). Wynikiem zbiorowym siły ciepłorodnej i zachowującej zdaje się być pobudliwość w sensie Browna. 4. Siłę asymilującą. (Trawienie również nie tłómaczy się samą tylko chemją i fizyką, chociaż posiada pewne analogje z elektrycznością). 5. Kształtującą, ewent odradzającą. 6. Odnawiającą (do tej kategorji sił należy sen). 7. Pobudzającą (działalność mięśni). 8. Czuciową, będącą własnością układu nerwowego, podczas gdy poprzednie siły są odeń niezależne. 9. Konsensualną czyli sympatyczną, ustalającą wzajemne wpływy oddalonych narządów.

Potem następuje krótki rzut oka na historję nauki wogóle, a nauk lekarskich w szczególności, nieco o Arystotelesie i Bakonie, jako twórcy nowej ery naukowej. Bakonowi zresztą ma Blane trochę za złe, że zupełnie odrzuca badanie „causarum finalium“, bo zdaniem jego, gdyby Harvey nie był się zastanawiał nad »causa finalis« istnienia zastawek żylnych, nie byłby odkrył krążenia krwi. Otóż ze sposobu sformułowania tego zarzutu mamy prawo wnosić, że Blane pod terminem „causa finalis“ rozumie nie »przyczynę pierwotną«, lecz przyczynę będącą jednocześnie celem.

Tworzenie systemów lekarskich autor tłómaczy skłonnością do pośpiesznego uogólniania faktów, od której to skłonności wolnym nie był nawet Hipokrates; przestrzega przed lekkomyślnem wprowadzaniem fizyki i chemji do nauki lekarskiej, cytując jako przykład omyłek, popełnianych dzięki tej metodzie, wielkie różnice w wynikach obliczeń siły serca u rozmaitych autorów (Borelli, Hales, Kat) oraz omyłki w wynikach obliczeń siły rozdrabniającej i trawiącej żołądka (Pitcairn). Najcięższe jednak błędy w tym kierunku popełnił Boerhave, któremu, oceniając zresztą jego zasługi w zakresie pracy klinicznej, nie może Blane darować jego poglądów na sprawę zapalenia oraz tłómaczenia akrymonji chemicznemi czynnikami, bo owe ostrości soków właśnie z chemją nic nie mają do czynienia. Pomimo tego wszystkiego teorje, chociażby nawet błędne, nieraz przecież pożytek przynoszą, czego dowodem wprowadzenie przez Boerhavego do terapji błednicy żelaza, pożyteczne w rezultacie, aczkolwiek podyktowane przez nieuzasadnioną teorję. Oprócz omawianego już fałszywego stosowania teorji lub opierania się na teorjach, niedostatecznie stwierdzonych, wpływać mogą hamująco na rozwój medycyny jeszcze następujące czynniki: Znaczne różnice osobniczej konstytucji, zależne od nierównego rozdziału sił życiowych, czego następstwem bywają osobnicze różnice w przebiegu chorób oraz oddziaływaniu ustroju na leki, a co za tem idzie, trudności stwierdzenia granicy pomiędzy samowyleczeniem i skutkiem niezależnych od terapji warunków z jednej, a wynikami leczenia z drugiej strony. Podobnie przesąd i zabobon, od którego niezawsze wolne bywały nawet potężne umysły, n. p. Bakon; w tych czynnikach przecież niekiedy dają się odnaleźć ślady trafnej obserwacji. W podobny sposób wpływa niedostateczna jasność i określoność niektórych terminów, dzięki czemu ten sam wyraz dla różnych osób miewa niejednakowe znaczenie, n. p. angielski wyraz »scurvy«, oznaczający nietylko skorbut, lecz także pewne choroby skórne; a wreszcie zwodniczość świadectw. Jako ilustracja ostatnich 2 punktów, służy traktat o żółtej febrze, obejmujący wraz z polemiką z powodu endemji tejże żółtej febry na jednym z wojennych angielskich okrętów oraz uwagami epidemjologicznej treści, nie pozbawionemi zresztą interesu i świadczącemi o trzeźwym zmyśle obserwacyjnym autora, całych kilkadziesiąt stronnic. Na zakończenie mowa jeszcze o dwóch, nie wymienionych poprzednio, czynnikach hamujących postęp medycyny, a mianowicie o uprzedzeniu, wynikającem z przywiązania do raz powziętej opinji, oraz o wierze w powagi.

Widzimy, że według dzisiejszych pojęć treść książki Blane'a nie odpowiada ściśle tytułowi. Początkowe ustępy przypominają raczej Teorję Jestestw organicznych Andrzeja Śniadeckiego, niż Logikę medycyny Biegańskiego albo Oesterlena. Ale Śniadecki życie przedstawia sobie jako nieustanną walkę pomiędzy siłą organiczną, a siłami fizycznemi i chemicznemi, właściwemi materji wogóle. Dzięki temu zjawiska życiowe występują u niego w szerokich ramach, obejmujących całe stworzenie. Natomiast Blane specjalizuje swoje siły na szereg sił poszczególnych. Śniadecki swoją siłę organiczną uważa za niepoznawalną dla umysłu ludzkiego, Blane o jednej ze swych sił swoistych, a mianowicie o sile konsensualnej, wypowiada się wyraźnie, że zapewne jest ona nieważkim fluidem. Obaj godzą się (jeżli przejdziemy od podstaw do szczegółów) co do tego, że oddychanie nie może być uważane za jedyne źródło ciepła zwierzęcego, lecz według Śniadeckiego wytwarza je dodatkowo system nerwowy, według Blane'a swoista siła ciepłorodna. Jednem słowem byłby to raczej wstęp do Biologji z dodatkiem myśli historyczno-lekarskiej treści.

Natomiast w późniejszych rozdziałach i układ i treść odpowiadałyby już więcej temu, czego od Logiki medycyny mamy prawo oczekiwać, gdyby nie epidemjologiczny traktat, przerastający znacznie rozmiarami granice ilustrującego przykładu, oraz jeszcze mniej w takiej książce usprawiedliwione polemiczne wycieczki. Psuje to nietylko konstrukcję pracy brakiem proporcji, lecz pozbawia ją także przynajmniej częściowo, charakteru, widocznie przez autora zamierzonego.

A przecież książkę Blane'a przeczytać warto. Pisał ją doświadczony lekarz i uważny obserwator. Że zaś był też myślącym człowiekiem, tego dowodzi chociażby zdanie, umieszczone na końcu wstępu, tem cenniejsze, że wypowiedziane w epoce, tak bardzo chełpiącej się swą oświatą w przeciwstawieniu do barbarzyństwa czasów dawniejszych: »A wtedy wykaże nam historja medycyny zupełnie tyle łatwowierności i zabobonu u pokoleń uczonych i wykształconych, co u nieoświeconych i barbarzyńskich«.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Z. LEŃKO. Lwów.

Usuwanie kamieni (ciał obcych) pęcherza moczowego.

(Z oddziału moczochirurgicznego państwowego Szpitala powsz. we Lwowie. Prymarjusz Dr. L e ń k o).

Najdawniejszym sposobem uwolnienia chorego z cierpienia, było cięcie na kamień, a od XVI stulecia nadto czasem kruszenie. Pęcherz można otworzyć albo z przodu w części nieokrytej otrzewną, albo u jego podstawy. Były próby otwarcia przez część pokrytą otrzewną, nie utrzymały się jednak; obecnie omijamy otrzewnę. Celem dostania się do kamienia starano się przez dobór dobrze obmyślanych narzędzi ułatwić drogę operującemu a operację ograniczyć do kilku łatwo dających się wyuczyć chwytów.

A. Wynalazcą **otwarcia przedniej ściany pęcherza** nad spojeniem łonowem jest P i e r r o F r a n c o w r. 1561; a po szeregu lat R o u s s e t wykazał po doświadczeniach na trupie, że cięcie nadłonowe ma wyższość nad cięciem na kroczu; polecił też, jako pierwszy, napełnianie pęcherza. Po przełamaniu pierwszych uprzedzeń, po uzasadnieniach anatomicznych i »racjonalnych«, przyjęto, że tylko cięcie nadłonowe jest dobre dla wydobycia kamienia, zarzucono więc zupełnie kruszenie. Powoli jednak utarło się przekonanie, że nie można posługiwać się jednym tylko sposobem we wszystkich przypadkach. Napełnianie pęcherza należy robić powoli; ile trzeba wstrzyknąć płynu, nie da się ściśle podać, należy stosować się do pojemności pęcherza, unikając forsownego rozdęcia; wystarczy, jeżeli nad spojeniem łonowem czuje się wyraźnie opór pęcherza. Forsowne napełnianie u starszych ludzi może mieć jako przykre następstwo zatrzymanie moczu, gdyż wskutek rozdęcia ponad miarę, pozostaje w następstwie niemożność kurczenia się włókien osłabionego mięśnia pęcherzowego.

Powikłania podczas i po cięciu nadłonowem, należą do rzadkości.

1. W prawidłowych przypadkach unika się zawsze naruszenia otrzewny; przy przewlocznem, twardniejącem zapaleniu pęcherza i przyrośnięciu doń otrzewny, czasem nie da się uniknąć jej naruszenia.

2. Krwotok może nastąpić u starszych ludzi wskutek zwapnienia tętnic, z błony śluzowej do jamy pęcherza i wówczas trzeba znowu otworzyć pęcherz, usunąć skrzepy i jamę wytamponować. Fatalniej, gdyż niedostrzegalne na zewnątrz, przedstawia się krwawienie ze ściany samej pęcherza, pochodzące z przeciętych żył; w zaotrzewnowej tkance następuje krwawe nacieczenie, które może, jak w przypadku Lp. 99, spowodować zejście śmiertelne.

3. Późniejszem nierzadkiem powikłaniem po niedostatecznym szwie mięśni prostych, jest rozstęp blizny i tworzenie się przepukliny w miejscu cięcia nadłonowego, która niekiedy, jeżeli się nie przeciwdziała, może dojść do wielkości głowy dziecka.

4. Niemiłem powikłaniem jest wytworzenie się już po zupełnem wyleczeniu, przetoki, to jest otwarcia się rany, niekiedy po dłuższym przeciągu czasu, nawet po miesiącach, bez widocznego zewnętrznego powodu, zwykle przez ropienie w bliźnie. Szczęściem podobne przetoki nie pozostają na stałe, lecz zamykają się po założeniu cewnika komornem. W uporczywych przypadkach prowadzi do wyleczenia operacja okrojenia przetoki i zeszycia ściany pęcherza osobno a powłok oddzielnie.

5. Pozostać może trwałe zupełne zatrzymanie moczu, przedewszystkiem u starców, jako następstwo zbytniego napełnienia pęcherza przed operacją.

Śmiertelność po cięciu nadłonowem wynosiła u Z u c k e r k a n d l a 13.5%, F r i s c h a 12.7, G u y o n a 24.4, N i c o l i c h a 7.45, A s s e n d e l f t s a 3.02% przy 460 przypadkach, odsetek niski, bo chodziło o chorych młodocianych, u których używał stale cięcia nadłonowego, jako operacji z wyboru.

Między przyczynami śmierci wymienić należy: podsurowicze krwawienie z objawami otrzewnowemi, zapalenie płuc, czasem zator tętnicy płucnej, przedewszystkiem zaś ropne nacieczenie górnych dróg moczowych. Odsetek nawrotów po cięciu nadłonowem wynosi 11; czasem resztki pozostają w pęcherzu i tworzą jądro dla nowych złogów; w pęcherzu o nieregularnej postaci, zapalnie zmienionym, u prostatyków z uchyłkami i kieszeniami, powracają fosforany stale (lp. 87), podobnie jak u chorych ze skazą moczanową, u których z nerek zstępują do pęcherza w wielkiej ilości małe kuliste kamyczki.

B. **Cięcie na kamień od krocza.** Po prawie wszechwładnem panowaniu w nowszych już czasach otwarcia od góry, przy małej śmiertelności, gdy się brało pod uwagę wielkie liczby, zaczęto rozszerzać granice kruszenia, wyszłego z mody, przyczem H a r r i s o n, B a k e r, K e i t h i inni, zaczęli propagować myśl użycia w stosownych przypadkach kruszenia po otwarciu cewki od krocza. F r a n k podał nowoczesne postępowanie: cięciem łukowatem przed rzycią, którego końce sięgają prawie do guzów kulszowych, odsłania opuszkę cewki, po przecięciu połączenia między mięśniem opuszkowo-jamistym a zwieraczem, oddziela tępo odbytnicę od sterczu. W dalszej drodze dochodzi do woreczków nasiennych z częścią podstawy pęcherza aż do fałdu Douglasa. Tępo odsuwa otrzewnę od pęcherza, aż miejsce między woreczkami jest wolne na przestrzeni 6—7 cm, któreby można było naciąć w linji środkowej. Z u c k e r k a n d e l przecinał stercz aż do podstawy pęcherza, by rana mogła wypaść mniej głęboko i tem cięciem usuwał największe nawet kamienie. Dren wprowadza się na 8 dni, poczem zakłada się cewnik komornem przez całą cewkę, aż do czasu zamknięcia się rany. Zabieg jest technicznie trudniejszy, niż cięcie górą, lecz przy należytej wprawie daje się ukończyć w kilkunastu minutach. Wstrząs przy nim jest mniejszy; stosunki do odpływu o wiele korzystniejsze, niż górą; a jeżeli czas leczenia jest niemal równie długi, to chorzy króciej potrzebują leżeć w łóżku po tego rodzaju operacji.

Choć nie spostrzegano, to możliwość zatoki należy przyznać; prawie zupełnie wykluczone jest powstanie przetoki moczowej.

C. **Nacięcie pęcherza przez pochwę** przekłada wielu ginekologów nad cięcie górą, ponieważ z techniką w tej okolicy są bardziej obyci, a dostęp tą drogą jest rzeczywiście łatwy; odpada też zewnętrzna szpecąca blizna. Tylną ścianę pochwy odciągamy łyżką, przednią pociągamy naprzód i nacinamy w linji środkowej aż do pęcherza najbardziej wypuklającą się ścianę. Jeżeli tylko założymy szwy troskliwie w dwóch warstwach, nie należy się obawiać powstania przetoki. Dostęp jest niedostateczny, jeżeli kąt, który tworzą kości łonowe jest mniejszy, niż prawidłowo; jeżeli części płciowe dotknięte są zmianami starczemi, wówczas dojście tą drogą może być trudne a wydobycie kamienia ciężkie. Nawet przy długiem cięciu, mogą być trudności wyciągnięcia wielkiego kamienia, nie do przezwyciężenia; u kobiet przy wielkich złogach, które nie nadają się do kruszenia cięcie nadłonowe ma tedy większe zalety, niż cięcie przez pochwę.

Cięcie od góry jest bezwzględnie wskazane przy kamieniach przyrosłych, w uchyłkach, otorbionych, moczowodowo-pęcherzowych, przy kombinacji kamienia i nowotworu, u osób ze zwężeniem cewki, przy nacieku lub przetokach moczowych, wreszcie wówczas, jeżeli zamierzamy założyć przetokę pęcherzową po usunięciu kamienia. Konkuruje ono z cięciem od krocza, jeżeli chodzi o kamienie, które z powodu swej wielkości nie nadają się do kruszenia; przy złogach obrastających ciała obce, przy niedostępnych z za wyniosłości sterczu, przy fajkowatych, wreszcie przy kombinacji kamienia pęcherzowego z kamieniem cewkowym. Cięcie od krocza wybierzemy u osobników wiekowych, ze zmienionemi tętnicami, przy daleko posuniętem ropieniu dróg moczowych, przy grubej warstwie tłuszczu na brzuchu u otyłych, przy pęcherzu wysoko ułożonym, ze znacznie przerosłym sterczem, albo zapalnie ciężko zmienionym.

D. **Kruszenie od krocza,** polecone w roku 1863 przez D o l e a u, straciło na znaczeniu, odkąd wprowadzono cięcie od krocza; ponieważ zaś zabieg kruszenia nie jest mniejszy, niż cięcie na kroczu, rozstrzygnięcie w wątpliwych razach

przechyli się na korzyść cięcia na kamień od krocza. Zuckerkandel wspomina, że raz w przypadku, w którym już kilkakrotnie wykonano cięcie górą z powodu nawrotów kamienia a ponowne cięcie przedstawiałoby było trudności, nie dające się obejść, z drugiej strony był stercz tak wielki, że nawet cięcie na kamień od krocza nie dało się wykonać, skruszył doskonale od krocza. Jest też ono wskazane wówczas, jeżeli podczas zwykłego kruszenia, nagle cewka stanie się niedrożna wskutek zaklinowania się w niej odłamka, a mamy ważne powody do natychmiastowego ukończenia operacji.

E. **Typowe kruszenie.**

O kruszeniu kamienia narzędziem, wprowadzonem drogą przyrodzoną do pęcherza, wspomina już Albukasis, również Benedetti w r. 1533; w r. 1626 Sanctorius poleca trójramienny chwytacz kamienia, ażeby w nim robić otwory; Gruithuisen wymyślił narzędzie do chwytania i dziurawienia. Civiale podał w r. 1818 narzędzie, któremdopiero w r. 1824 wykonał typowe kruszenie. Heurteloup w r. 1832 podał przyrząd, składający się z dwóch części, wchodzących w siebie, w kształcie cewnika, przy którym uderzało się dla kruszenia po męskiej części (stąd *percuteur*) i ten rychło wyrugował inne. Touzay Amussat wprowadził śrubę zamiast młotka a po pewnych technicznych udoskonaleniach, jest to — dzisiejsze kruszydło. Bigelow w r. 1878 polecił wypompowywanie okruchów, zamiast zostawiania ich po kruszeniu, etapami, zapomocą balonu (aspiratora), którego nowoczesne modele nie mają części z drenem. Kruszydło składa się z dzióba ze szczękami, trzonu, rękojeści, zamku, łuku u Francuzów, lub guzika u Anglików. Tylko zupełne usunięcie okruchów po dokonanem kruszeniu, ma znaczenie całkowitego zabiegu chirurgicznego, a udanie się zależy od ścisłego przestrzegania przepisów i postępowania według prawideł największych mistrzów tej sztuki od czasów Civialego, a według doświadczeń w technice operacyjnej następców. Warto spojrzeć wstecz na historję tej operacji i na zacięty spór, który wybuchł w dniu pamiętnym 13. I. 1824 r., pierwszego kruszenia Civialego na żyjącym. Spór ciągnie się aż do najnowszych czasów, pomiędzy zapalonymi zwolennikami kruszenia i upartymi przeciwnikami tej metody. Civiale w r. 1827 wspomina, że Akademja Umiejętności w Paryżu, po dokładnem zbadaniu jego sposobu postępowania, wydała opinję, że »nowy sposób, podany przez Civialego przynosi sławę chirurgji francuskiej, zaszczyt jej autorowi a pociechę ludzkości«. Vincenz von Kern, lekarz dworu cesarskiego austrjackiego, ogłosił w 4 lata później w swem dziele, że nie wierzy w powodzenie tego sposobu; tem mniej, ażeby kto mógł dać mu pierwszeństwo przed cięciem pęcherza, które czas, wszystko ulepszający, doprowadził do takiej doskonałości. Byłoby zdradą przeciw sztuce lekarskiej i ludzkości, gdybyśmy chcieli używać tego nowego sposobu, który jest trudny, bolesny dla chorego i nigdy nie prowadzi napewno do celu. Pomimo silnych i licznych przeciwników kruszenia, oczerniań metody przez licznych chirurgów, pozyskała ona szybko w wielkich naukowych ośrodkach Europy i Ameryki możnych przyjaciół i zwolenników. Chirurdzy niemieccy: Bergmann, Küster, König, Volkmann, zachowywali się przez długi czas wobec kruszenia wrogo. Mistrzami jego byli we Francji: Le Roy d'Etiolles, Nélaton, Guyon, Albarran; w Anglji: Heurteloup, Thompson; w Ameryce: Otis, Queyes, Curtis, Porter; w Austrji: Billroth, v. Dittel, Ultzmann; w Polsce: Ziembicki, Obaliński, Stankiewicz, Kosiński, Barącz i inni. Gdy w r. 1878 Bigelow uprościł i udoskonalił kruszenie, wprowadzając wypróżnienie pęcherza z okruchów, umilkły prawie zupełnie wrogie głosy. Dzisiejszy stan kwestji charakteryzuje najlepiej dyskusja amerykańskiego kongresu lekarskiego w r. 1912, w której najdoświadczeńsi chirurdzy Ameryki, rozporządzający tysiącami operacji kamieni, Artur T. Cabot, Lover, Swan, Chute, Young, przyjęli jednogłośnie, że uważaliby za publiczną hańbę, przedsiębranie dziś, w wieku cystoskopji, w niepowikłanych przypadkach kamienia pęcherzowego, krwawej operacji. Tylko ci chirurdzy są przeciwni kruszeniu, którzy nie władają należycie jego techniką a są na tyle niesumienni, że poddają swych chorych z kamieniem cięciu pęcherza, dającemu 10—20 odsetków śmiertelności, zamiast zapewnić im udział w błogosławieństwie kruszenia, które w rękach chirurgów nawet niebardzo wprawnych, daje odsetek nie wyższy niż 1—2. Śmiertelność po kruszeniu jest rzeczywiście niewielka, waha się pomiędzy 1 a 4% i nie daje się bardziej obniżyć. Ostatni kongres niem. Towarzystwa urologicznego w roku 1913, na którym leczenie kamieni pęcherzowych stanowiło główny temat rozpraw, przyniósł zgodne polecenie kruszenia jako operacji z wyboru we wszystkich przypadkach, w których ono w ogólności da się przeprowadzić.

Wskazania i przeciwwskazania kruszenia:

Wskazanie jest według dzisiejszego stanu wiedzy we wszystkich przypadkach, w których na pewno rozpoznano kamień pęcherzowy.

Przeciwskazane jest kruszenie:

1. Przy najcięższych zaburzeniach ogólnego stanu chorych, ciężkich zapaleniach nerek z obrzękami lub objawami mocznicowemi, bardzo ciężkiem charłactwie, niewyrównanych wadach serca, chorobach płuc, złośliwych schorzeniach innych narządów; w ogólności przy zmianach, przy których są przeciwwskazane i inne jakiekolwiekbądź zabiegi.

2. Przy powikłaniach ze strony cewki i sterczu. Są bez wątpienia przypadki z przerostem sterczu, w których wskutek zboczenia tylnej części cewki, jest niemożliwe wprowadzenie metalowego, niepodatnego przyrządu. Niekiedy środkowy płat jest tak wielki, że kamienia po za nim dzióbkiem nawet o największem zagięciu kruszydła, nie można uchwycić. Także w przypadkach zaniku sterczu, zastawek lub niepodatnego skurczu zwieracza wewnętrznego, mogą znaleźć się tak znaczne zmiany na wewnętrznem ujściu cewki, że nie udaje się nam wprowadzenie grubego instrumentu. Zwykłe zwężenia cewki nie stanowią bezwzględnej przeszkody, ponieważ możemy uczynić ją drożną przez przygotowawcze leczenie, przez powolne rozszerzanie lub nacięcie cewki od zewnątrz.

3. Przy powikłaniach ze strony pęcherza. Liczne przetoki moczowe pęcherzowe, ciężkie zmiany wewnątrz pęcherza są w stanie uniemożliwić kruszenie. Nie jesteśmy w stanie uchwycić kruszydłem kamienia w uchyłku, w kieszeniach lub komorach pęcherza. Kamienie wklinowane w moczowodzie, wystarczające większą swą częścią do cewki, nie są przedmiotem nadającym się do kruszenia.

4. Przy powikłaniach ze strony kamienia. Zdarzają się tak potwornie wielkie kamienie, wypełniające tak szczelnie jamę pęcherza, że swobodne ruchy kruszydłem są wprost niewykonalne. Również kamienie, których jądro stanowi ciało obce, a których zmniejszenie nie mogłoby się odbyć bez niebezpieczeństwa dla chorego, n. p. odłamki szkła, szpilki do włosów (lp. 8 wykazu), kawałki drzewa, nie nadają się do kruszenia. Twardość wikła sprawę tylko przy wielkich kamieniach, gdyż mniejsze nigdy nie są w stanie oprzeć się sile kruszydła. Wielkie, bez względu, czy fosforanowe, moczanowe, czy szczawianowe, nie dają się skruszyć przy użyciu całej siły śruby lub uderzeń młotkiem. Wielkość jest rozstrzygająca także z tego powodu, że wielkie kamienie nie dają się chwycić pomiędzy ramiona dzióba a zęby ześlizgują się z powierzchni.

Na zarzut przeciw kruszeniu, że jest zabiegiem trudnym do wyuczenia, trzeba zauważyć, iż tę właściwość podziela z każdym rękoczynem w ogólności, gdyż umiejętność wykonania każdego zabiegu musimy sobie przyswoić. Zarzut, że w rękach wprawnego chirurga jest działaniem »na ślepo« i dlatego nie zasługującem na zaufanie, nie da się nadal utrzymać, skoro przy pomocy cystoskopji można zbadać wnętrze pęcherza przed i po kruszeniu, i postawić ścisłe wskazanie przed zabiegiem a kontrolować wynik po zabiegu. Chirurg umie obszukać odcinki pęcherza, w których kamień lub okruchy mogą się znajdować; z uderzeń o metalowy cewnik do ewakuacji podczas pompowania i dźwięków uderzeń odłamków oznacza, czy one są mniejsze lub większe i mniej-

więcej, ile ich jest; brak odgłosu przemawia zwykle za nieobecnością ciała obcego.

Dla ocenienia właściwości cewki, pęcherza i kamienia, konieczne jest dokonanie cystoskopji przed posiedzeniem kruszenia. Można wprawdzie zgłębnikiem do kamieni przekonać się, czy jest jeden kamień czy kilka, wielki czy mały, twardy czy miękki, ale oznaczenie cystoskopem kształtu, wielkości, położenia ciała obcego, o tyle ułatwia zabieg, że dokładnie poznajemy, co nas czeka. Można oszczędzić sobie zawodu przy kruszeniu, jeżeli się już naprzód wie, czy kamień jest otorbiony, czy przyrośnięty, czy w uchyłku. Kruszenie i wypróżnienie pęcherza z okruchów, jak je nowoczesny wprawny chirurg wykonuje, nie jest więc żadną operacją na ślepo. Niebezpieczeństwo ubocznych uszkodzeń cewki, sterczu, pęcherza, nie jest większe, niż przy wprowadzeniu innego metalowego instrumentu. Trzeba przyznać, że uszkodzenie pęcherza jest możliwe a zdarza się zwyczajnie przy małym, zapalnie zmienionym pęcherzu, lub gdy przy wielkim sterczu, mięsień wypieracz moczu kurczowo i silnie zacisnął się około kruszydła. Pęknięcie następuje zwykle u podstawy za sterczem i to nie przez chwycenie zębami, lecz przez nieznaczne naddarcie błony śluzowej dzióbkiem. Dopiero podczas pompowania pogłębia się ranka, czasem tak niespostrzeżenie, że można nie zauważyć chwili przedziurawienia. W zwykłych przypadkach i prawidłowym przebiegu usuwania kamienia, nie zdarza się coś podobnego.

Wadliwe stosowanie aseptyki, brak znajomości przepisów metody, nieprzestrzeganie ostrożności, brutalność przy wykonaniu zabiegu śródpęcherzowego, mszczą się przy tej delikatnej operacji bardziej, niż przy każdej innej. Niebezpieczeństwo krwotoku podczas kruszenia i po niem jest przesadzone; Blum nie widział go przy setkach kruszeń i nigdy nie przyniosło broczenie większej szkody choremu. Pomiędzy ujemnemi stronami kruszenia wymienia się częstsze nawroty niż po cięciu; statystyka dowodzi wprost przeciwnie. Jeszcze i inne względy przemawiają przeciw operacji krwawej: chorzy trudniej decydują się na zabieg, przy którym zapomocą cięcia ma być otwarta jama ciała. Otwarcie pęcherza nawet w rękach pierwszorzędnych chirurgów jest zabiegiem poważnym, wobec dość wysokiej śmiertelności; leżenie w łóżku i połączone z niem niebezpieczeństwo powikłań, trwa dwa do czterech tygodni i dłużej; grozi krwotok, naciek moczowy, zapalenie otrzewnej, złogi wapnia na ranie, możliwość trwałej przetoki moczowej, niekiedy zapalenie płuc. Szkoła Guyona ujęła swe stanowisko w sporze: »kruszenie« czy »nacięcie«, w następujący aforyzm: nacięcie pęcherza wskutek kamienia jest małą sprawą dla operatora, a wielką rzeczą dla operowanego; kruszenie jest drobnostką dla chorego, a wielką aferą dla chirurga (Cathelin).

Kruszenie a wycięcie sterczu.

Freyer wypowiedział zasadę, że przy kamicy i zatrzymaniu moczu wskutek przerostu sterczu, należy chorego poddać doszczętnej operacji wycięcia gruczołu. Słuszniejsze jest zdanie, że usunięcie sterczowej przeszkody w oddawaniu moczu jest wskazane tylko w przypadkach, w których oprócz zupełnego zatrzymania moczu, istnieją wielkie trudności wprowadzenia narzędzi, powtarzają się krwotoki trudne do opanowania, trwają nieznośne dolegliwości, albo jest uzasadnione podejrzenie o złośliwe zwyrodnienie sterczu. Samo usunięcie kamienia kruszeniem, wpływa zbawiennie na dolegliwości a zatrzymanie moczu ulega nawet znacznej poprawie.

C. d. n.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby skóry.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 2. 1923.

H. Jäger. **O przyrodzie wyprysku.** (Dokończenie*). Przechodząc do analizy wykonanych doświadczeń autor stara się odpowiedzieć na zasadnicze, postawione na wstępie pytania: jak oddziałuje skóra chorych na wyprysk na środki chemiczne stosowane naskórnie i czy w tym kierunku zachodzą jakiekolwiek różnice między skórą zdrowych a dotkniętych wypryskiem? Z doświadczeń autora wynika, że zachodzą wybitne różnice w oddziaływaniu skóry zdrowej a skóry chorych na wyprysk. Z pośród 140 zdrowych w 115 przypadkach wspomniane w części I pracy środki, zastosowane naskórnie, nie wywołały żadnego odczynu skórnego, w 19 przypadkach odczyn rumieniowy utrzymujący się zaledwie 24 godzin, a jedynie w 6 przypadkach odczyn skórny taki sam jak u chorych na wyprysk. Zatem tylko w 4% odczyn u zdrowych wypadł dodatnio. Z pośród 77 chorych dotkniętych wypryskiem rozmaitego rodzaju odczyn skórny, który autor nazywa »próbą czynnościową skóry« wypadł dodatnio w 39 przypadkach a więc w 51%. Zestawienie poszczególnych grup według rodzaju wyprysku wykazuje różnice w odsetkach jeszcze wybitniejsze. I tak w grupie wyprysków dziecięcych odczyn dodatni wynosił 30—40%, w grupie wyprysków zawodowych (ecz. professionale) odsetka dochodziła do 50 i 60%, w grupie wyprysków przewlekłych, konstytucjonalnych (eczema maladie) do 80%. Bardzo rzadko próba czynnościowa wypadła dodatnio w wyprysku łojotokowym (raz na 13 przypadków) i w neurodermitis (raz na 10 przypadków). Ta rzadkość próby dodatniej w dwu ostatnich grupach nasuwa przypuszczenie, że tych rodzajów schorzeń skóry nie należałoby zaliczać do wyprysku. Jakie wnioski wysnuć z przeprowadzonych doświadczeń o przyrodzie wyprysku? Zdaniem autora inne, niżby to wypadało z doświadczeń autorów niemieckich Weidenfelda i Schultza i z doświadczeń autorów angielskich, w szczególności Whitego. Weidenfeld posługiwał się w swoich podobnych doświadczeniach olejkiem krotonowym i karbolem a więc środkami nieobojętnemi nawet dla skóry zdrowej i oceniał wrażliwość skóry na podstawie stopnia odczynu zapalnego, podczas gdy autor używał środków na skórę zdrową w większości przypadków niedziałających i przez to otrzymywał odczyny nie ilościowe tylko jakościowe, a więc poniekąd więcej swoiste. White, wychodząc z założenia, że przyczyną wyprysku są zaburzenia w trawieniu, stosował na skórę po usunięciu przyskórka cząsteczki białka kurzego, mleka, masła itp. i ze stopnia odczynu skórnego wnioskował o uczuleniu skóry na odnośne ciała. Autor przekonał się, że skóra chorych na wyprysk nie zawsze oddziaływała na wszystkie stosowane naskórnie bodźce, natomiast dosyć często na jeden tylko bodziec. Odczyny skórne bywały więc albo jednowartościowe albo wielowartościowe. Z wyników tych doświadczeń wnosi autor, że między skórą oddziałującą na dany jeden bodziec a samymże bodźcem istnieje pewne powinowactwo chemiczne, ostateczna przyczyna odczynu. Bodziec wywołujący odczyn działa jak wywoływacz (antigen). O ile skóra okazywała wybitny odczyn na formalinę, oddziaływała także dodatnio na środki chemiczne pokrewne. To co nazywamy powszechnie idiosynkrazją da się określić praktycznie jako swoista osobnicza właściwość skóry oddziaływania na pewien bodziec na ogół u zdrowych nie działający. Wyprysk nie jest niczem innem, tylko banalnym odczynem skórnym, powstałym na skutek zadziałania wywoływacza na skórę na ten wywoływacz swoiście wrażliwą. Bodźce skórne, których autor używał do wywołania wyprysku: formalina, terpentyna i nalewka pomornika (tra arnicae) są jak wiadomo bodźcami wywołującemi niejednokrotnie wyprysk u ludzi skłonnych do wyprysku. Autor stwierdził, że najczęściej odczyn sztuczny zapomocą terpentyny mógł wywołać u chorych na wyprysk zawodowy, a więc u chorych, którzy bardzo często stykali się z terpentyną lub jej składnikami, a przez to mogli uledz swoistemu uczuleniu na terpentynę. Odczyny wielowartościowe (na kilka bodźców równocześnie) stwierdzał autor najczęściej w grupie chorych z wypryskiem konstytucjonalnym (eczema maladie) a objaw ten tłómaczy ogólną mniejszą odpornością komórkową, spowodowaną, być może, zmianami fizyko-chemicznemi w samej komórce. Odczyny dodatnie, zresztą wyjątkowe, na skórze zdrowych, tłómaczyćby należało nadwrażliwością skóry, ukrytą na razie, ale mogącą przejść w wyprysk każdorazowo z chwilą zetknięcia się ze swoistym wywoływaczem.

O ile przypadki wyprysku z przyczyn zewnętrznych łatwo jest wytłómaczyć i patogenezy ich dowieść doświadczal-

*) Początek w Nrze. 36.

nie, o tyle grupa wyprysków konstytucjonalnych, z przyczyn najczęściej nieznanych i tylko hipotetycznych, przedstawia pewne trudności doświadczalne. Mimo to nie brak luźnych choć nielicznych dowodów doświadczalnych na to, że wypryski konstytucjonalne powstają z przyczyn podobnych, działających jednak na skórę uczuloną od wewnątrz. Autor powołuje się na doświadczenia Blecha, Petera i Jadasohna, a obok tego przytacza nieliczne doświadczenia własne. U chorego wrażliwego na działanie nalewki jodowej stosowanej naskórnie udało się autorowi wywołać typowy klinicznie i histologicznie wyprysk przez podawanie jodku potasu na wewnątrz i przez stosowanie 2% roztworu jodku potasowego drogą wśródskórnych wstrzykiwań. Z pośród 3 osób wrażliwych na naskórne stosowanie terpentyny u jednej uzyskał autor objawy wyprysku przy stosowaniu terpentyny drogą wstrzykiwań śródmięśniowych.

Spostrzeżenia te dowodzą, że w patogenezie wyprysku wywolywacze wyprysku działać mogą nietylko od zewnątrz ale i od wewnątrz drogą krwi lub limfy ale warunkiem nieodzownym jest dostateczne ich stężenie. Wspomniane wyżej prace angielskich i amerykańskich autorów (White) dowodzą również, że przyczyną wyprysków mogą być zaburzenia w trawieniu a więc czynniki działające od wewnątrz, jakkolwiek zaburzenia w trawieniu częściej powodują pokrzywkę.

W końcowych wywodach stara się autor odpowiedzieć na pytanie, które części skóry ulegają uczuleniu i gdzie szukać siedziby nadwrażliwości komórkowej na dane ciało wywołujące wyprysk (antigen). Tu posługuje się porównaniem wyprysku z pokrzywką i przypuszcza, że w pokrzywce, która jest również objawem nadwrażliwości skóry na pewne jady od wewnątrz działające, nadwrażliwość dotyczy naczyń krwionośnych i tkanki łącznej, zaczem przemawia obraz histologiczny pokrzywki, gdy przeciwnie obraz histologiczny wyprysku każe szukać nadwrażliwości w komórkach przyskórka. Za słusznością tego przypuszczenia przemawiają histologiczne badania przeprowadzone przez autora na wycinkach skóry podrażnionej wywoływaczem i badanej jeszcze w stadjum przedwypryskowem. Badania te dowodzą, że pierwsze zaczątki zmian odgrywają się w przyskórku, a zmiany w skórze właściwej, znacznie późniejsze, są odczynem następowym i wtórnym. Z badań wysnuwa autor jako wniosek ostateczny teorję, że: przyczyna główna usposabiająca do wyprysku tkwi we wrodzonej nadwrażliwości skóry lub w jej uczuleniu nabytem i że nadwrażliwość tę wobec pewnych ciał chemicznych posiadają przedewszystkiem komórki przyskórka. *Lenartowicz* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 17 kwietnia 1923 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1) Przewodniczący zawiadamia o śmierci członka honorowego ś. p. Franciszka Chłapowskiego, oraz podnosi zasługi zmarłego na polu naukowem, jako lekarza i działacza społecznego wielkiej miary, który w czasach ucisku potrafił jednoczyć wszystkie dzielnice i podnosić ducha narodowego.

2) F. Wichert przedstawia chorą z kliniki psychjatrycznej z objawami **nadmiernej otyłości i przedwczesnej dojrzałości** płciowej, pod względem psychicznym zupełnie nierozwiniętą, w stanie dochodzącym do idjotyzmu.

W dyskusji Wiśniewski J. zapytuje o rodziców chorej. Z braku wywiadów prelegent nie jest w stanie dać wyjaśnienia.

Prof. Gluziński zaznacza, że w okresie dojrzewania płciowego przy obecności wodogłowia występuje nadmierna otyłość bądź wskutek ucisku na okolicę przysadki mózgowej, bądź też na okolicę szyszynki.

Higier uważa za niemożliwe w braku wywiadów u psychopatki rozstrzygnąć kwestję etjologiczną. Co do rozpoznania, to H. znajduje u chorej dwie choroby, nie będące ze sobą w związku przyczynowym: 1) idjotyzm wrodzony, lub wczesny; i 2) pubertas praecox cum obesitate. Pierwsza sprawa jest skończona; druga zaczyna się i należy analizować wszelkie możliwości patogenetyczne. Choroba może być zależna 1) od cierpienia przysadki, 2) od przebytej przed 2 laty choroby zakaźnej; 3) od rozwijającej się sprawy nowotworowej szyszynki. To ostatnie przypuszczenie uważa H. jako najbardziej prawdopodobne, mimo braku objawów ogólno-uciskowych.

Prof. Hornowski uważa, że szyszynka w danym przypadku może odgrywać wybitną rolę i przytacza kazuistyczne przypadki sekcyjne. W danym przypadku można mówić o zmianach w szyszynce i o następczem wodogłowiu, które przez ucisk na ośrodki wywołuje podobne zmiany.

Prof. Mazurkiewicz stwierdza, że otyłość zaczęła występować równocześnie z pokwitaniem. 2 lata temu chora zapadła na dur brzuszny w szpitalu Jana Bożego, została odesłana do szpitala Św. Stanisława, gdzie przeprowadzono szczegółowe badanie tak, że nie może być mowy, aby przechodziła śpiączkę. Zakażenie durowe wpłynęło na rozwój objawów.

3) Wichert przedstawił chorego, wysokiego wzrostu, szczupłego, który przedwcześnie zaczął siwieć, z objawami **zaburzeń w gruczołach dokrewnych.**

Prof. Hornowski zwraca uwagę na zabarwienie włosów, wczesną siwiznę, oraz na wystąpienie białych plam na skórze. Zmiany mają związek z nadnerczami. Badania Blocha wykazały związek zmian na skórze i istotą rdzeniową nadnerczy.

Prof. Mazurkiewicz stwierdza u danego osobnika obecność objawów ze strony tarczycy, słabe rozwinięcie gruczołów płciowych, a także pewne objawy, które daje przysadka mózgowa, jak również ze strony nadnerczy i wyprowadza wniosek, że u danego osobnika mamy do czynienia z wielorakiem zaburzeniem w gruczołach dokrewnych.

Według Higiera poszczególne objawy u chorego są nader mało charakterystyczne, mimo to zespół ich upoważnia do rozpoznania sprawy wielogruczołowej z przewagą nadnerczy układu chromochłonnego. Na uwagę zasługuje stan psychiczny chorego w okresie siwienia. Higier podreśla wygląd młodzieńca i nieproporcjonalność kończyn do tułowia, przypominające eunuchoidyzm z typu wysokorosłych. Ta okoliczność przemawiałaby poniekąd za niedomogą gruczołów płciowych.

W odpowiedzi Wichert wyjaśnia, że były robione badania z adrenaliną, pilokarpiną i atropiną. Chory dawał silny odczyn na pilokarpinę.

4) L. Paszkiewicz wygłosił rzecz p. t. »O istocie i przyczynach otyłości nadmiernej w związku z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem (Badania anatomopatologiczne).

W dyskusji Gutowski wspomina o pracach doświadczalnych Hartha, który płazom w stanie larwalnym podawał grasicę, uzyskując wzrost wagi; kiedy H. podawał tarczycę, występowała utrata wagi i twory utracały charakter larwalny. W obrzękach głodowych spostrzegano zmiany w tarczycy.

Prof. Gluziński uważa za rzecz słuszną wysuwanie w pewnych stanach wpływu gruczołów dokrewnych. Zdawałoby się, że otyłość zależy tylko od zmian w tych gruczołach, szczególniej jakto przedstawił prelegent, od zmian w tarczycy. Szczegółowe badania nad wymianą energji, współczynnikiem między tlenem i bezwodnikiem węgla u osób otyłych zaburzeń nie wykryły. Na 12 badań Simonsa tylko w 2-ch przypadkach stwierdzono zmiany. Tarczyca odgrywa pewną rolę. Wiele kobiet w okresie przekwitania przedstawia otyłość myxoedematyczną.

Sprawa gruczołów płciowych nie jest jasna, gdyż inaczej wpływa na ustrój trzebienia kobiet, inaczej za mężczyzn. Kobiety tyją w tych samych częściach ciała, w których gromadzi się tłuszcz normalnie. Ustrój męski po trzebieniu przyjmuje cechy kobiece, tworzy się typ pośredni. Gruczoły płciowe mają wpływ, ale i skóra posiada pewną płciowość. Wysuwanie gruczołu tarczowego na pierwszy plan przy otyłości prof. Gluziński uważa za słuszne. Klinika dowodzi jednak, że są przypadki otyłości bez zmian w tarczycy. Rzeczywiście samem zużytkowaniem tlenu nie da się objaśnić otyłości, gdyż przemiana tlenowa przy podrażnieniu dróg pozapiramidowych dowodzi, że przemiana może się odbywać i bez tlenu. Przeciw wyłącznemu wpływowi gruczołu tarczowego na otyłość, jak to podkreśla prelegent, przemawia przypadek spostrzegany przez G. Chora, która w ciągu 5 lat nie miesiączkowała, doszła do wagi 94 kg. wystąpiło też owłosienie na twarzy. Po menstruacji waga spadła do 53 kg., owłosienie twarzy znikło.

Prof. Hornowski zgadza się, że anatomja patologiczna nie może rozstrzygnąć przyczyn otyłości; podkreśla, że otyłość powstaje wskutek zmian wielogruczołowych i różnica zarysowuje się przy wciągnięciu do sprawy większej lub mniejszej ilości gruczołów.

Prof. Mazurkiewicz zaznacza, że są typy, które nie poddają się wpływom zewnętrznym. Stany psychiczne wpływają na stan otyłości. Paralitycy podnieceni, kiedy się uspakajają, zaczynają tyć. W katatonji, występującej okresowo, chory 60 kg. wagi, podczas ataków traci połowę swej wagi i dochodzi do 30 kg. To samo spotyka się w innych przypadkach katatonji amentywnych i po cierpieniach zakaźnych. Podczas stanu amentywnego następuje spadek wagi; jeżeli podniecenie mija a nie dochodzi do wyzdrowienia, rozwija się otyłość w warunkach szpitalnych. Tego rodzaju otyłości mają przyczyny endogenne. Badania Paszkiewicza ciekawe, gdyż we wszystkich przypadkach tarczyca wykazuje pewne zmiany. Trudno przypuścić jednak, aby upośledzenie czynności tarczycy, które zwykle oprócz kretynizmu, daje pewne objawy natury psychicznej, intelektualnej, ciepłoty ciała, zachowania skóry, nie zdradzało innych objawów oprócz otyłości.

Higier twierdzi, że na razie nie ulega wątpliwości wpływ na przemianę materji tłuszczowej: 1) konstytucji rodzinno-dzie-

uzicznej; 2) okresu przekwitania u kobiet i mężczyzn; 3) wpływ gruczołów płciowych (otyłość rzezańców, eunuchoidów, skopców), i 4) wpływ przysadki (dystrophia adiposogenitatis hypophysica, cachexie hypophysaire). Wszystkie te postacie czasem się wikłają, są ze sobą w związku korelacyjnym i dają się klinicznie łatwo od siebie odróżnić. Wpływ gruczołu tarczowego, jak dotychczas wiadomo, przyśpiesza bieg przemiany materji (wychudzenie w chorobie Basedowa). Jeżeli P. istotnie znalazł w blizko 90% otyłości nadmiernej zmiany w gruczołach dokrewnych, to wypadnie uzupełnić cenne skądinąd wyniki z badaniami kontrolującemi u osobników normalnych, młodych lub przypadkowo zmarłych. Dokładna histologja tych gruczołów jest dopiero zdobyczą ostatnich lat dwudziestu.

Komocki proponuje, aby przeprowadzić badania kontrolujące na 100 osobnikach chudych.

Prof. Hornowski daje wyjaśnienia tyczące się oceny, czy dany gruczoł był czynny, czy też czynność jego była osłabiona. Zmiana stosunku między tkanką łączną i tkanką gruczołową z przewagą na stronę tkanki łącznej przemawia za zmniejszoną czynnością danego gruczołu. Gruczoły dokrewne wpływają na ustrój, lecz są ośrodkami niższemi, dla których ośrodkiem wyższym jest mózg.

Starkiewicz podkreśla, że gdyby oprzeć się na danych anatomji patologicznej, leczenie otyłości doszłoby do zupełnej negacji. Klinicysta jednak spotyka się z osobnikami, którzy, dużo jedząc i mało używając ruchu, tyją, przy odpowiedniem leczeniu jednak chudną. W takich przypadkach należałoby przypuścić, że zaburzenia gruczołów dokrewnych są przejściowe. Pozatem istnieją postacie otyłości uleczalne.

Prof. Gluziński zgadza się, że w wielu przypadkach zmiany w tarczycy mogą odgrywać rolę w rozwoju otyłości. Nie można jednak przyjąć, aby przyczyna leżała w zmianach gruczołów dokrewnych. W rodzinach otyłych nie wykrywano hypofunkcji i po usunięciu przyczyn zewnętrznych następowała poprawa. Osobnicy z t. zw. status thymico-lymphaticus mają skłonność do bujania tkanki łącznej. Zbytni rozwój tkanki łącznej nie jest przyczyną, lecz wynikiem pewnych przyczyn. G. uważa, że należałoby zbadać u osobników chudych gruczoły dokrewne, aby się przekonać, czy się nie znajdzie w nich zmian.

Paszkiewicz w odpowiedzi stwierdza, że przypadki, o których wspominał Komocki, nie poddają się obserwacji, zmiany w gruczołach nie są wybitne. Otyłość należy uważać jako schorzenie wielogruczołowe.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Akademja nauk lekarskich w Warszawie.

Doroczne zebranie członków Akademji odbyło się w Warszawie dnia 30 z. m. Prezes prof. Bądzyński zagaił zebranie, poświęcając przedewszystkiem gorące słowa wspomnienia zmarłym członkom Franciszkowi Chłapowskiemu, Ant. Juraszowi, W. Kamockiemu i J. Hornowskiemu, następnie przedstawił w krótkości historję Akademji z roku ostatniego. Sekretarz generalny prof. Dzierżgowski odczytał sprawozdanie z działalności, redaktor prof. Ciechanowski zaś ze stanu wydawnictw Akademji.

W dyskusji omówiono sprawę zmiany statutu i udzielono wskazówki zarządowi co do zasadniczego postępowania w tej mierze. Z wydawnictw ukazał się w bieżącym roku II tom Rozpraw Akademji, obejmujący 15 prac naukowych, Bulletin international i I tom Ginekologji prof. Rosnera, zaopatrzony licznemi rycinami. W związku ze sprawozdaniem redaktora poruszono sprawę specjalnych pism lekarskich archiwalnych, w szczególności sprawę pomocy finansowej dla nich, dalej zastanawiano się nad systematycznem wydawaniem polskiej bibljografji lekarskiej a za jednę z najpilniejszych uznano wydanie słownika lekarskiego, który ukaże się prawdopodobnie już w niedługim czasie. Co do nagród za najlepsze prace naukowe, to wyłonił się wniosek o udzielaniu medali. Do Zarządu Akademji weszli jako prezes prof. Bądzyński (ponownie), sekretarz gen. prof. Dzierżgowski (ponownie), pomocnik sekretarza prof. Orzechowski, jako redaktorzy: prof. Mazurkiewicz i Joteykówna. Ze względu na zamierzoną zasadniczą zmianę statutu nie dokonano wyboru nowych członków. Podobnie jak w innych instytucjach i dziedzinach naszego życia, tak również i dla wydatnej działalności Akademji i jej rozwoju poważną przeszkodę stanowi brak odpowiednich funduszów, prawdopodobnie jednak po przeprowadzeniu zmian w statucie działalność jej znacznie się wzmoże i dodatnio wpłynie na rozwój nauki lek. w Polsce.

† Ś. p. Mjr. Dr. Erazm STUDZIŃSKI.

(1883—1923).

Dnia 25 sierpnia r. b. miejscowe społeczeństwo i zespół lekarski poniosły niepowetowaną stratę w osobie przedwcześnie zmarłego lekarza ś. p. majora W. P. Dra Erazma Studzińskiego.

Zdala, na uboczu od wszystkiego co nie zgadzało się z moralnym składem jego wewnętrznej istoty, w skromnej swej prostocie Zmarły niósł ofiarnie i oddawał swą wiedzę i długoletnie doświadczenie lekarskie społeczeństwu i instytucjom.

Sumienność i gorliwość w pełnieniu obowiązków posunięta była do granic możliwości i to zemściło się na Nim: będąc już chorym, przecenił swe siły i w pracy bez wytchnienia zrujnował swe zdrowie. Nieuleczalna choroba serca przykuła Go do łoża cierpienia na długie miesiące. Żalów i utyskiwań podczas choroby nie słyszeliśmy od Niego i nawet w przededniu niechybnej śmierci, która po dłuższym pościgu dogoniła Go, w ruchliwym umyśle Jego jeszcze roiły się i powstawały projekty przyszłych prac i czynów, które zwykł był z zaparciem Siebie poświęcać dla dobra ogółu w odrodzonej Ojczyźnie.

Ś. p. Erazm Studziński urodził się w Łucku w r. 1883, gimnazjum ukończył w Żytomierzu, a studja lekarskie odbył na uniwersytecie Kijowskim. Po ukończeniu uniwersytetu w r. 1909 jako ordynator chirurg pracował w prywatnej lecznicy dra Kaczkowskiego. W r. 1910 powrócił na Wołyń i w ciągu lat 1910 - 1913 kolejno piastował posady rejonowego lekarza w Trosteńcu, Torczynie, i Rożyszczach, a w r. 1914 naczelnego lekarza szpitala powiatowego w Łucku.

Podczas wojny światowej powołany był do armji rosyjskiej i pozostawał na froncie do r. 1918, poczem powrócił do Łucka i zajął się organizowaniem ziemskiej sieci pomocy lekarskiej i szpitala powiatowego w Łucku. W 1919 i w zaraniu 1920 roku w odrodzonej Rzeczypospolitej Polskiej był na stanowisku lekarza powiatowego i chwilowo pełnił obowiązki Starosty Łuckiego, pozyskując ogólny szacunek i uznanie. Z zajmowanego stanowiska Starosty ustąpił na własne żądanie, pozostając jednocześnie prezesem tworzącego się wtedy samorządu powiatowego.

W r. 1920, podczas nawały bolszewickiej, Zmarły jako ochotnik wstąpił do Wojska Polskiego, pracował na oddziale chirurgicznym Piotrkowskiego szpitala wojskowego, a w r. 1921 znów powrócił do Łucka, gdzie na stanowisku naczelnego lekarza 24 p. p. i garnizonu Łuckiego pozostawał do końca życia.

Zmarły był członkiem i pierwszym sekretarzem Łuckiego Towarzystwa lekarskiego, członkiem p. Macierzy Szkolnej, Tow. przyjaciół Harcerza i in.

Cześć Jego pamięci! *Mieczysław Jasiński.*

Wiadomości bieżące.

Częstochowa.

Obwód częstochowski Związku lekarzy Państwa Polskiego podaje do wiadomości lekarzy co następuje.

Przed wojną praktykowało w Częstochowie 18 lekarzy, obecnie jest ich 43. Od czasu wprowadzenia Kasy chorych praktyka prywatna znacznie zmniejszyła się, w Kasie chorych wszystkie zajęcia lekarskie są obsadzone, a część lekarzy jest już bez posad i bez praktyki prywatnej. Wobec takiego stanu rzeczy Związek ostrzega lekarzy, aby nie sprowadzali się do Częstochowy, gdyż nie jest w możności dostarczenia im zajęcia i środków utrzymania.

Jedynie pożądany jest przyjazd wykwalifikowanego neuropatologa, który może liczyć na stałe zajęcie płatne w Kasie chorych oraz na praktykę prywatną. Zgłoszenia z bliższemi danemi o osobie kandydata prosimy adresować: Dr. Wrześniowski, Częstochowa, Aleja, 29.

Poznań.

Z powodu śmierci ś. p. rektora A. Jurasza, głównego organizatora kursu dokształcającego dla lekarzy, odkłada się termin tego kursu na czas od 6 do 15 grudnia r. b. włącznie, zamiast projektowanego poprzednio terminu w październiku.

Opłata za kurs całkowity bez względu na ilość przesłuchanych godzin wynosi 20 złp; całkowity dochód, zebrany z kursów przeznacza się na fundusz im. ś. p. rektora A. Jurasza. Szczegółowy program kursu ogłoszony będzie w najbliższym czasie. Zgłoszenia i wszelkie informacje, dotyczące kursu, uprasza się kierować do Prof. K. Jonschera, Poznań, ul. Marji Magdaleny Nr. 3.

Warszawa.

Z powodu śmierci św. p. prof. Hornowskiego, który był wybrany na rok bieżący na dziekana Wydziału Lekarskiego, dokonano nowych wyborów i powołano na to stanowisko współredaktora naszego pisma prof. Franciszka Czubalskiego.

Na skierowane przez nas do Ministerstwa Zdrowia zapytanie otrzymaliśmy odpowiedź, że wszystkie świadectwa zdrowia wydawane przez lekarzy wolnopraktykujących są wolne od opłat stemplowych.

Za urzędowe świadectwa zdrowia, które wydają lekarze powiatowi, winna być pobierana opłata stemplowa w wysokości określonej rozporządzeniem Ministerstwa Skarbu z dnia 8. I. 1922. r. (Dz. Ust. Nr. 38), i z dnia 14 czerwca r. b. (Dz. Ust. Nr. 61), oraz opłata na rzecz Ministerstwa Zdrowia Publicznego określona rozporządzeniami z dnia 1. VIII. 1920 r. (Dz. Ust. Nr. 58), z dnia 1. VIII. 1921 r. (Dz. Ust. Nr. 89), z dnia 7. X. 1922 r. (Dz. Ust. Nr. 90) i okólnikiem Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 31. VIII. r. b. (Nr. Org. 30518/4753/23).

Wobec decyzji Rady ministrów o zniesieniu Ministerstwa zdrowia publ. wiceminister Dr. Bujalski